Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2½—3 Bogen. Preis vierteljährlich 6 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolph Mosse, Promenadeplatz 16.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 47. 23. November 1897. Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstrasse 70. 44. Jahrgang.

Originalien.

Aus der medicinischen Klinik zu Leipzig.

Ueber eine besondere Form von schwieliger Muskelentartung.[1])

Von *H. Curschmann* in Leipzig.

M. H.! Während der ersten Decennien unseres Jahrhunderts und bis in die Mitte desselben haben sich die Aerzte mit einer gewissen Vorliebe mit dem Studium der «Muskelverhärtung», der «Muskelschwiele» und ähnlicher Veränderungen beschäftigt. In jener Zeit, wo Erkältungszustände und besonders der rheumatische Process aetiologisch eine heute kaum mehr geahnte Rolle spielten, wo man die äusserlich verschiedenartigsten krankhaften Zustände als Aeusserung des letzteren ansah, machte man auch mit seiner Wirkung auf das Muskelsystem sich weit mehr und ernstlicher als heute zu schaffen. So widmete man nicht allein dem sog. vagen Muskelrheumatismus grosse Aufmerksamkeit, sondern auch gewissen chronischen, greifbaren Veränderungen, die man mit dem Namen «rheumatische Muskelschwiele» belegte.

Ein interessanter Zeuge aus jener Zeit ist das Buch von R. Froriep[2]), das bei seinem Erscheinen ein gewisses Aufsehen erregte. Uns zeigt es, was damals Alles unter der Flagge der rheumatischen Muskelschwiele segelte.

Das jüngste Aufblühen der Neurologie hat, wie Sie wissen, auch in Bezug auf die Muskelerkrankungen Vieles geklärt. Die Fälle von spinalem und neurotischem Muskelschwund, von chronischer infantiler und juveniler Muskeldystrophie, von acuter infectiöser und chronischer Myositis haben Ihnen bewiesen, bis zu welchem Grade der Differenzirung die Mikroskopie im Verein mit der klinischen Untersuchung das Capitel der Muskelkrankheiten gefördert hat.

Sehr wenig ist aber aus all' diesen Erörterungen gerade für den Begriff der sog. rheumatischen Schwiele herausgekommen.

Erst im Jahre 1886 hat Kussmaul durch seinen Schüler Kreis[3]) die Frage von Neuem beleuchtet, auf Grund eines Falles von schwieliger Myositis der Wadenmusculatur, welcher in vieler Beziehung mit dem Bilde der alten rheumatischen Schwiele sich deckte. Nähere Erörterungen haben sich an diese Arbeit meines Wissens nicht geknüpft, neben Anderem vielleicht ein Beweis dafür, dass die fraglichen Krankheitsformen nicht häufig sind.

Die Myositis ossificans, welche vor nicht langer Zeit in der Berliner medicinischen Gesellschaft durch Virchow[4]) und Gerhardt[5]) wieder besprochen wurde, fällt mit der schwieligen Muskelentartung offenbar nicht zusammen. Man muss eine schwielige, nicht zur Verknöcherung führende Muskelentartung von der Myositis progressiva ossificans scheiden, die, wie Virchow (l. c.) überzeugend dargethan hat, nicht einmal primitiv im Muskel, sondern am Skelet den eigentlichen Ausgangspunkt ihrer Entwicklung findet.

Dass aber auch dem Bilde der schwieligen Myositis durchaus keine einheitliche Entstehungsweise zukommt, dass namentlich an Stelle des vagen Rheumatismusbegriffs ganz besondere, greifbare Zustände aetiologisch maassgebend werden können, mögen Ihnen die folgenden Demonstrationen beweisen.

Sehen Sie sich zunächst mit mir einen Kranken, einen 64 jährigen Händler, an, der anamnestisch nach keiner Richtung belastet, in seiner Jugend gesund und besonders muskelkräftig gewesen zu sein scheint. Seit längerer Zeit — ein bestimmter Anfangstermin ist nicht festzusetzen — hat er über rheumatische Schmerzen zu klagen, die während der letzten 13 Jahre besonders in den Armen und hier so stark sich geltend machten, dass er seine Beschäftigung als Schmied aufgeben und Handelsmann werden musste. So wenig, wie über den Beginn, weiss er über die Ursache seines «Rheumatismus» etwas Brauchbares anzugeben; eine um das 25. Jahr überstandene, fieberhafte, mit Gliederschmerzen verbundene Krankheit, die mit ihren Folgezuständen fast ¾ Jahre sich hinzog, bringt er auffallender Weise damit nicht in Verbindung.

Wenn Sie den Patienten näher untersuchen — die für unsere Zwecke weniger bedeutsamen Befunde seien nur kurz erwähnt — so finden Sie die Zeichen eines mittelstarken Lungenemphysems mit chronischer Bronchitis, sowie mässige Arteriosklerose mit concentrischer Hypertrophie des linken Ventrikels.

Prüfen wir die Muskeln des Kranken eingehender, so zeigt sich der Gang völlig normal, dem entsprechend auch keine Veränderung der Form und des Volums der unteren Extremitäten, sowie ihrer Muskeln im Einzelnen. Ganz anders die Arme, deren Volum, Form und Bewegungsfähigkeit, besonders soweit die Musculatur des Schultergürtels und Oberarms in Betracht kommt, erheblich gelitten hat.

Schon von Weitem fällt eine beide Oberarme betreffende Formveränderung auf, die rechts entschieden weiter als links gediehen ist. Der rechte Oberarm erscheint im Ganzen wesentlich abgemagert. An Stelle der oberen Partie des Biceps ist eine Einsenkung getreten und auch die untere Partie des Muskels erscheint auffällig schwach und dünn. Der Muskel ist, wie die Betastung lehrt, in seiner oberen Hälfte und auch eine bedeutende Strecke von seinem unteren Ansatz nach aufwärts in eine dünne, derbe, sehnige Masse verwandelt. An der oberen Hälfte zeigen sich der lange, wie der kurze Kopf in gleicher Weise schwielig entartet. In einen ebensolchen derben Strang ist sein unteres Ende verwandelt, so dass vom ganzen Muskel eigentlich nur eine kurze, mittlere, drei Finger breite Partie verschont geblieben ist. Sie hat annähernd die Consistenz des normalen Muskelfleisches und ist allein noch contractionsfähig. Geben wir dem Patienten auf, den Arm im Ellbogengelenk stark zu beugen, so gewinnt die Bicepsgegend eine höchst sonderbare Gestalt: Man sieht das allein noch contractile mittlere Muskelstück zwischen den oberen und unteren sehnig entarteten Theilen als runden, derb anzufühlenden Wulst vom Umfange eines halben Hühnereies vorspringen.[6])

Der rechte Musc. deltoideus ist gleichfalls atrophisch, in seiner vorderen Partie dünn und derb, während die hintere, scheinbar besser erhaltene, weicher, fast schwammig sich anfühlt (lipomatöse Entartung?). Auch der Triceps ist stark verdünnt, sehnig, bandartig. Seine Leistungsfähigkeit ist, ebenso wie die des Biceps und des Deltoideus, ganz wesentlich herabgesetzt. Weder die Betastung der

[1]) Nach einem klinischen Vortrag, mit Erweiterungen und Zusätzen.

[2]) Beobachtungen über die Heilwirkung der Elektricität bei Anwendung des magnetoelektrischen Apparats. I. Heft. Die rheumatische Muskelschwiele.

[3]) Ein Fall von primärer schwieliger Myositis der Wadenmuskeln. Berl. klin. Wochenschr. 1886, No. 51.

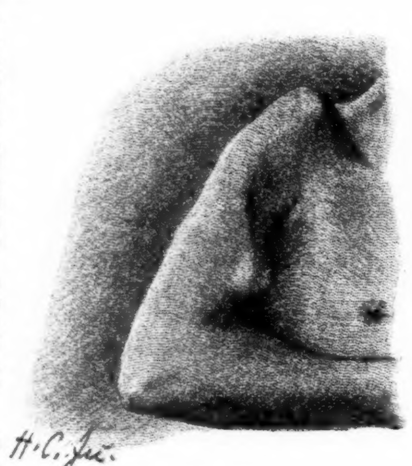
[4]) Vortrag, gehalten in der Berliner med. Gesellschaft am 27. Juni 1894. Berl. med. Wochenschr. No. 32, 1894.

[5]) Ebenda.

[6]) Vergl. die umstehende Abbildung, die diesen Moment gut veranschaulicht.

erwähnten Muskeln noch willkürliche Bewegung sind schmerzhaft. Das elektrische Verhalten ist mit Ausnahme der schwieligen Stellen, wo jede Reaction selbstredend fehlt, für den galvanischen wie den faradischen Strom normal.

Der linke Oberarm zeigt ganz ähnliche Formveränderungen und Bewegungsstörungen, wie der rechte, hier nur etwas geringer ausgesprochen. Neben be, trächtlichem Schwund und Härte des Deltoideus und Triceps springt auch hier das Verhalten des Biceps besonders in die Augen, der, ganz wie der rechte, Atrophie und schwielige Entartung der oberen und unteren Hälfte zeigt, dazwischen noch erhaltene functionsfähige Muskelsubstanz, auf eine etwas grössere Strecke als rechts.



Die beiden Vorderarme bieten deutlich eine gewisse Schwäche, ohne dass die Untersuchung der Muskeln entsprechende Veränderungen ergäbe. Steifheit und Contractur zweier Finger der rechten Hand sind auf frühere Verletzungen zurückzuführen.

Die Muscul. pectorales erscheinen beiderseits verdünnt, schlaff, stellenweise gleichfalls fibrös entartet. Die übrige Rumpfmusculatur ergibt keine Abweichung vom Gewöhnlichen. Nirgends am ganzen Körper Beeinträchtigung der Sensibilität. Blase und Mastdarm ohne Störung.

Fassen Sie die Besonderheiten dieses Falles nochmals in's Auge, so wäre zunächst des Emphysems, der chronischen Bronchitis, sowie der Arteriosklerose zu gedenken. Sie begründen die Hauptbeschwerden des Kranken und die nächste Gefahr für sein Leben, stehen aber zu den Veränderungen, welche uns heute am meisten interessiren, zu denen der Muskeln, offenbar in keinem Zusammenhang.

Betrachten wir diese besonders und prüfen wir, wie weit die bis jetzt von uns erhobene Geschichte und die Untersuchung des Krankheitsfalles sie zu beurtheilen gestatten.

Wir betonen zunächst, dass bei dem Patienten nur ein Theil der Gesammtmusculatur verändert erscheint. Wir finden bemerkenswerth, dass die Erscheinungen symmetrisch auftreten, indem vorzugsweise und fast gleichmässig beide Oberarme befallen sind, während die Vorderarme nur in ganz geringem Grade (Schwäche) gelitten haben. Ja, es geht diese Gleichmässigkeit soweit, dass beiderseits die stärkste Entartung den Biceps trifft, dann Deltoideus und Triceps. Selbst bis auf die Localisation der Atrophie und die dadurch bedingte Form — geringste Veränderung in der Mitte und Untergang der beiden Endpartien in schwieligem Gewebe — erstreckt sich an beiden Bicepsmuskeln dies symmetrische Verhalten.

Mit Ausnahme der Scapular-Partie des rechten Deltamuskels, deren abnorm weiche Consistenz auf fettige Entartung deutet, äussern sich die Veränderungen an den Muskeln grossentheils als schwielige Härte bei bedeutender Abnahme ihres Volums. Auch ohne histologische Untersuchung darf eine fibröse Entartung angenommen werden.

Nehmen Sie hinzu, dass das Uebel allmählich im Lauf vieler Jahre sich entwickelt und gesteigert hat, dass ziehende, reissende «rheumatoide» Schmerzen dabei ständig eine vorwiegende Rolle spielten, so begreifen Sie, dass man früher keinen Anstand genommen hätte, die Diagnose auf «rheumatische Muskelschwiele» zu stellen. In der That finden sich in der betreffenden älteren Literatur dem unsrigen sehr ähnliche Fälle.

Wollen wir uns nun auch bei dieser Diagnose beruhigen? Ich glaube wir werden weiter vorzudringen suchen. Schon der merkwürdig symmetrische Sitz der Atrophie gibt uns zu denken. Zudem ist die Frage der Wirkung des rheumatischen Processes auf die Muskeln heute unsicherer wie je. Wir haben keine Vorstellung von den hier in Betracht kommenden anatomischen Veränderungen und namentlich aus neuerer Zeit keinen Beleg dafür, dass sie bis zu schwieliger Entartung führen können. Von rheumatischen Gelenkaffectionen ist bei unserem Kranken nichts nachweisbar. Die mässige Ankylose des rechten Schultergelenks ist viel später wie die Muskelerkrankung entstanden und wahrscheinlich auf die Inactivität zurückzuführen.

Vorübergehend kam mir — ich stütze mich dabei auf den in der Krankengeschichte erwähnten Zustand des Gefässsystems — der Gedanke, ob nicht atheromatöse Ekrankung der betreffenden Muskelarterien der räthselhaften Affection zu Grunde liegen könne. So häufig aber derartige Vorgänge am Herzmuskel sind, so unwahrscheinlich und unbekannt sind sie bis jetzt für die Muskeln der Extremitäten.

Sie sehen, dass alle diese Ueberlegungen mit der Annahme einer essentiellen Muskelerkrankung rechneten. Ich möchte aber auch noch ausdrücklich betonen, dass ich die Deutung der Affection als einer spinalen Störung der Muskelernährung, so nahe sie bei oberflächlicher Betrachtung liegen könnte, bestimmt von der Hand weise. Erinnern Sie sich der Consistenz der Muskeln, die nicht auf einfache Atrophie, sondern auf derbe, wohl entzündliche Schwielenbildung deutet, ihrer eigenthümlichen Localisation im einzelnen Muskel — wollen Sie sich nur nochmals die bizarre Form des Biceps vor Augen führen — und des Resultats der elektrischen Untersuchung: absolut normale Reaction auf Einwirkung des constanten, wie des inducirten Stroms an allen noch contractilen Muskelpartien und im Verhältniss zu ihrem Erhaltensein, nirgends namentlich Entartungsreaction.

Aber welche Art essentieller Muskelentartung liegt hier vor? Zu keiner der bisher gekannten Formen will unser Bild recht passen.

Nur eine Probeexcision konnte hier weiteren Aufschluss geben.

Ich legte daher die Uebergangsstelle des oberen, schwieligen Theils des rechten Biceps in die noch contractile Partie durch einen ausgiebigen Hautschnitt frei. Was wir sahen, war höchst überraschend: Der Muskel zeigte sich schon für das blosse Auge durchsetzt von Trichinen. Zahlreiche von einem ausgeschnittenen Stückchen gefertigte mikroskopische Präparate liessen in jedem Gesichtsfeld 3—4 und mehr Exemplare erkennen. Die Trichinen waren von einer Kalkkapsel umgeben, ohne Lebenszeichen, aber, wie sich nach Aufhellung der Kapsel ergab, unverändert erhalten. In der Umgebung jeder Trichine fand sich eine Entartung der Muskelbündel in Form von Verdünnung, Undeutlichkeit der Querstreifung und Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes und in weiterem Kreise noch erhebliche Kernwucherung [7]). Ausschneidung grösserer Muskeltheile, besonders auch aus der fibrösen Partie, liess sich aus äusseren Gründen nicht machen. Die letztere war weisslich sehnenglänzend und ausserordentlich derb anzufühlen. Keinesfalls jedoch steht der erhobene Befund der Annahme entgegen, dass diese schwielige Entartung auf den gleichen Process zurückzuführen, als ihr Endproduct zu betrachten sei.

Ist mit diesem Ergebniss der mikroskopischen Untersuchung nun die Frage gelöst? Haben wir ein Recht, diese merkwürdige Muskelveränderung auf die Trichinose zu beziehen und damit eine meines Wissens bisher nicht bekannte Form von eigenartiger schwieliger Myositis aufzustellen?

Schon vor der Excision hatten wir andere Möglichkeiten, spinale und gewisse bisher bekannte Formen von essentieller Muskelatrophie, zurückweisen können. Liegt es da nicht nahe, auf den auffälligen Trichinosebefund zu kommen und die Veränderung hierauf zurückzuführen?

Dass die frische Trichineninvasion während ihres Geschehens und noch geraume Zeit darüber hinaus klinisch und auch anatomisch [8]) die erheblichsten Störungen im Muskel-

[7]) Ich möchte betonen, dass diese Untersuchung nur an frischen Zerzupfungspräparaten gemacht werden konnte, besonders gegenüber den trefflichen Untersuchungen Lewin's, der ein ausgiebiges, der Leiche entnommenes, gehörig präparirtes Material nach allen Richtungen zu prüfen vermochte.

[8]) Schon Zenker, Leuckart, Virchow, Nonne und Höpfner haben dem bestimmtesten Ausdruck verliehen. Die

system macht, ist allbekannt. Sollte nun nicht in bestimmten — in Zukunft noch genauer zu präcisirenden — Fällen auch eine noch länger dauernde, chronische Reizwirkung möglich sein, mit dem Ergebniss der Atrophie und fibrösen Myositis? Die Frage ist nicht einmal ganz neu, vielmehr schon früher mehrmals, freilich nach etwas anderer Richtung hin, angeregt. So hat in den 70er Jahren Wendt[9]) an der Hand mehrerer instructiver Fälle, darunter seines eigenen — er war selbst trichinös — darauf hingewiesen, dass Trichinöse noch viele Jahre nach der Invasion von anfallsweise sich steigernden, von Jahreszeit und Witterung ganz unabhängigen Muskelschmerzen befallen würden. Von «rheumatischen» Schmerzen, wofür sie von Aerzten und Laien gewöhnlich gehalten würden, unterschieden sie sich dadurch, dass sie bei Betastung der Muskeln und im Anschluss an stärkere Thätigkeit sich steigerten. Dazu bestünde eine im Verhältniss zum Volum der Muskeln ungewöhnliche Herabsetzung ihrer Leistungsfähigkeit.

Wendt nahm als Grund dieser Erscheinungen einen chronisch entzündlichen Zustand der Muskeln an. Er erwähnt dazu noch, dass schon in den 60er Jahren durch Virchow, Groth[10]) u. A. auf die fraglichen Zustände hingewiesen worden sei.

Ich selbst darf mich nach zwei eigenen Beobachtungen, auf die ich im Einzelnen hier nicht eingehen kann, den Anschauungen Wendt's anschliessen. Noch aus der letzten Zeit steht mir der Fall eines 63 jährigen Herrn vor Augen, den ich Jahre lang neben anderen Beschwerden an hartnäckigem, seiner Meinung nach «chronischem Muskelrheumatismus» behandelt hatte. Er starb an Dickdarmcarcinom. Die Section erwies die Muskeln ungemein reichlich durchsetzt mit Trichinen.[11]) Als jüngerer Mann soll er eine schwere acute Infectionskrankheit überstanden haben, deren Beschreibung sehr gut auf Trichinose passt.

Wir dürfen nach dem Allem also auch die Möglichkeit einer die Invasion viele Jahre überdauernden Wirkung der Parasiten auf die Musculatur als gesichert für die Erklärung unseres Falles mit heranziehen. Selbst zahlenmässige Anhaltspunkte bezüglich der Nachdauer der Invasionswirkung sind uns in den Angaben über die Lebensdauer der Muskeltrichinen gegeben, die nach Virchow[12]) 7 bis 8, nach andern Angaben sogar 10 Jahre und mehr betragen kann.

Sehen Sie sich nun noch im Einzelnen die Form der bei unserem Kranken am stärksten befallenen Bicepsmuskeln an, so glaube ich auch diese wenigstens als Hilfsmoment für den Beweis der trichinösen Natur ihrer Entartung heranziehen zu dürfen. Sie sehen die beiden Endpartien dieses langen Muskels am bedeutendsten schwielig entartet, und nur ein mittleres Stück desselben noch leidlich erhalten und functionsfähig. Es sind mit anderen Worten die Theile am stärksten befallen, die erfahrungsgemäss nach beendeter Invasion am dichtesten mit Trichinen besetzt zu sein pflegen. An fast allen Muskeln, besonders deutlich aber an den langen, regelmässig geformten können Sie diesen Vertheilungsmodus gelegentlich der Section trichinöser Menschen und Thiere beobachten. Zur Erklärung des Zustandekommens dieser Anhäufung an den Uebergangspartien der Muskeln in die Sehnen, die schon Leuckart und Zenker sofort erkannt hatten, zog der Letztere das treffende Bild einer Viehheerde oder Menschenmenge heran, die im Vorwärtsdringen plötzlich aufgehalten wird.

Suchen wir noch nach der Natur des entzündlichen Reizes, der an die Invasion der Trichinen geknüpft sein muss, so muss hier wohl an gewisse toxisch wirkende Stoffwechselproducte dieser langlebigen Wesen gedacht werden. Näheres ist freilich über diese interessante Frage noch nicht bekannt.

Warum, könnte jetzt noch ein Zweifler fragen, sind aber bei der bekannten Neigung der Trichinen, sich über das ganze Muskelsystem zu verbreiten, in unserem Falle nur die Muskeln des Schultergürtels und die Arme und auch sie nur theilweise von der schwieligen Entartung befallen, während am Rumpf und namentlich den unteren Extremitäten weder Atrophien noch Schwielen zu beobachten sind? Der Einwurf ist nicht so stichhaltig, wie er im ersten Augenblick erscheint. Er geht von der ganz unbewiesenen Voraussetzung aus, dass die Trichinen beim Menschen sich stets wenigstens annähernd gleichmässig über das Muskelsystem verbreiteten. Wenn wir auch noch keine abgeschlossenen Erfahrungen über das Verhältniss der verschiedenen Körpergegenden zur Invasion der Parasiten haben, so ist doch heute schon ausgemacht, dass eine ganz ungleichmässige Vertheilung der Parasiten vorkommen kann. So betont Mosler[13]), dass er nicht allein ein ungleiches Verhalten beider seitlichen Körperhälften in dieser Beziehung beobachtet habe, sondern mitunter auch ein fast ausschliessliches Befallensein der oberen oder der unteren Extremitäten.

Lassen Sie mich übrigens auch das noch betonen, dass nach allen Erfahrungen gerade der Biceps und die übrigen Muskeln des Oberarms und Schultergürtels zu den weitaus am constantesten und stärksten befallenen Muskeln gehören.

Wenn ich somit auch, wie Sie sahen, mit nicht geringer Wahrscheinlichkeit die schwielige Muskelentartung mit der bestehenden Trichinose in Zusammenhang bringen durfte, so hätte ich doch Anstand genommen, mich nach Beobachtung eines einzelnen Falles über diese Dinge auszusprechen. Die Unvollständigkeit der Untersuchung und Beobachtung am Lebenden und alle möglichen unberechenbaren Zufälligkeiten können so viele Fehlerquellen eröffnen, dass ich es zunächst für besser hielt, meine Notizen im Schreibtische zu lassen und auf weitere Beobachtungen zu warten.

Die Gunst des Zufalls kam mir rascher, als ich hoffen konnte, zu Hilfe.

Schon ein halbes Jahr nach Aufnahme unseres Patienten kam eine 25jährige Frau mit Erscheinungen in's Krankenhaus, die uns sofort vermuthen liessen, es möge um einen ähnlichen Fall sich handeln.

Sie war matt und anaemisch, klagte über Magenstörungen, Durchfälle, abwechselnd mit Obstipation und über seit Jahren bestehende ziehende Schmerzen im Kreuz und den unteren Extremitäten, die während der letzten Monate eine Steigerung erfahren hätten

Bei näherer Untersuchung zeigte sich eine auffallende, beiderseits fast gleiche Abmagerung beider Oberarme. Sie betraf vor Allem den Biceps, der beiderseits als dünner, ziemlich derber Strang durchzufühlen war. Bei Beugung des Arms verkürzte sich der Muskel etwas, ohne wesentlich vorzuspringen oder sich zu verdicken. Es zeigte sich dann, dass nur wenig mehr als sein unteres Viertel contractil geblieben, alles übrige dagegen in einen derben, sehnigen Strang umgewandelt war. Auch der Triceps erwies sich beiderseits stark atrophisch, derber als gewöhnlich, das ihn überlagernde Fettgewebe wohl mehr als normal entwickelt.

Beide Musc. deltoidei waren in ihren mittleren Partien gleichfalls so stark atrophisch, dass, bei Betrachtung von vorn, die Oberarme dicht unter der Schulterblattpfanne stark eingefallen erschienen. Die vordere und hintere Partie des Muskels war noch etwas voluminöser aber ausgedehnt fibrös entartet. Die unteren Theile der Deltoidei nahe der Humerusinsertion waren, wie der Triceps, von einer starken Fettschicht umgeben, wodurch die Atrophie der oberen, mittleren und seitlichen Partien noch besonders stark hervortrat. Atrophie und schwielige Entartung zeigten sich, was hinzugefügt werden muss, an allen erwähnten Muskeln rechts noch etwas mehr als links ausgebildet.

Die übrigen Muskeln des Körpers, besonders die des Rumpfs und der unteren Extremitäten waren zwar nur mässig entwickelt, gaben aber nirgends einen Anhaltspunkt für die Annahme einer wirklichen Atrophie. Vielleicht konnten nur noch die Pectoral-Muskeln als abnorm dünn und schlaff bezeichnet werden, während diejenigen des Schulterblatts nichts Abnormes boten.

---

jüngsten histologischen Befunde verdanken wir Alex. Lewin (Lichtheim'sche Klinik), Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 49, S. 26 ff.

[9]) Chronic muscular symptoms after trichinosis. Americ. Journ. of the med. sciences, April 1878. Chronic affections of the muscles following trichinosis. The New-York Med. Record, 4. Oct. 1879.

[10]) Virchow, Lehre von den Trichinen, 1866. — Groth, Virchow's Archiv Bd. 29, 1864, S. 604. — Rupprecht, Rundbl. auf die Trichinenliteratur, Wien 1866. — Der Fall von Groth betrifft eine Dame, die (zugleich mit Mann und Bruder) 1856 an Trichinose erkrankte, von da an grosse Muskelschwäche, besonders in beiden Armen zurückbehielt, so dass sie bis zu ihrem 1864 an Carcinom erfolgten Tode zum Klavierspielen und allen Handarbeiten unfähig war. In Rupprecht's Fall handelte es sich um einen früher sehr kräftigen Schlachter, der nach Trichinose eine so beträchtliche dauernde Muskelschwäche zurückbehielt, dass er zum Militärdienst und jeder regelmässigen Berufsarbeit unbrauchbar wurde.

[11]) Der Fall wird bei anderer Gelegenheit ausführliche Bearbeitung finden.

[12]) Nachschrift zur Arbeit von Groth. Virchow's Archiv Bd. 29 S. 609.

[13]) Nothnagel's spec. Pathol. und Therapie, Bd. VI, S. 288.

Zu einer ausgiebigeren Probeexcision war die Patientin nicht zu bewegen, dagegen konnte ich an zwei Stellen, am mittleren Theil des rechten Deltamuskels und im oberen Drittel des linken Biceps, durch Harpunirung kleine Muskelstückchen entnehmen.

Sie zeigten sich durchsetzt mit Trichinen, soweit sich bei dem sparsamen Untersuchungsmaterial beurtheilen liess, etwa ebenso dicht, wie bei dem Ihnen soeben demonstrirten Kranken. Ueber das Verhalten der Muskelfasern kann ich Ihnen der Spärlichkeit des Untersuchungsmaterials wegen leider nichts Genaueres berichten.

Schliesslich will ich noch hinzufügen, dass eine auf die frappanten Muskelbefunde hin besonders genaue Durchmusterung der Anamnese eine von der Patientin im 13. Jahr überstandene fieberhafte, mit Schmerzen in den Armen, im Rücken und den Beinen, Gesichtsschwellung und Augenmuskellähmung verbundene Krankheit, also wohl bestimmt Trichinose ergab.

Sicher bietet Ihnen dieser Fall in allem Wesentlichen eine solche Uebereinstimmung mit dem ersten, dass er als eine wichtige Stütze unserer Anschauungen betrachtet werden kann.

Die Patientin selbst, die längst entlassen ist, kann ich Ihnen nicht vorführen. Sie müssen sich mit den heutigen Mittheilungen und den herumgereichten Abbildungen begnügen.

Dagegen bin ich in der erfreulichen Lage, Ihnen einen 3. einschlägigen Fall, den wir kürzlich aufgenommen haben, zu demonstriren.

Es handelt sich um einen 60jährigen Bäcker, der wegen eines complicirten Leidens des Circulationsapparats — Arteriosklerose, Insufficienz der Aortenklappen, Dilatatio aort. ascend. und Concret. pericardii — bei uns aufgenommen wurde und jetzt so erhebliche Besserung seiner Beschwerden, besonders häufig sich wiederholender Angina pectoris erfahren hat, dass er ausser Bett vor Ihnen erscheinen kann.

Ich lasse die Betrachtung jener Krankheitszustände bei Seite und bitte Sie nur, die Musculatur des Patienten mit mir zu untersuchen. Sofort wird Ihnen dabei eine auffallende Aehnlichkeit mit dem erst demonstrirten Falle bemerkbar werden.

Sehen Sie sich zunächst den rechten Oberarm und die Schultergegend des Patienten an. Er ist in dieser Beziehung geradezu das Pendant des ersten Falles. Auch hier sehen Sie den Musc. biceps am stärksten befallen und in derselben Weise und fast dem gleichen Grade wie dort verändert. Die obere Hälfte des Muskels, über der die unveränderte Haut stark eingesunken ist, ist in einen derben, kleinfingerdicken, sehnigen Strang verwandelt. Die gleiche schwielige Umwandlung hat auf eine grosse Strecke hin das untere Ende des Muskels erfahren. Zwischen beiden so entarteten Theilen ist nur ein kleinhühnereigrosser Rest contractilen Muskelgewebes geblieben, der bei Beugung des Arms als rundliche Geschwulst ganz in derselben sonderbaren Weise vorspringt, wie bei dem ersten Kranken.

Auch den Deltamuskel sehen Sie stark geschwunden, am meisten in seiner scapularen Partie. Er fühlt sich schlaffer als der Biceps an, an keiner Stelle scheint schwieliges Gewebe durchfühlbar. Etwas weniger, aber immerhin recht erheblich atrophisch sind die Musc. biceps, supra- und infraspinatus und pectoralis major. Sie sind weich, schlaff und haben eine dem Grade ihrer Entartung entsprechende Einbusse ihrer Leistungsfähigkeit erlitten. Die Musculatur des Vorderarms ist anscheinend unverändert. Am Schultergelenk ist bei activer und passiver Bewegung Crepitation zu bemerken, die, nachweislich später als die Muskelatrophie entstanden, auf Inactivitätsveränderungen des Gelenks zu beziehen ist.

Am linken Arm bemerken Sie, freilich in minderem Grad, die gleichen Entartungen wie am rechten, an den nämlichen Muskeln und zu ähnlicher Formveränderung derselben gediehen.

Am Musc. biceps sind ganz so wie rechts das obere und untere Ende, nur in etwas geringerer Längsausdehnung schwielig entartet. Die contractil gebliebene mittlere Partie hat nicht ganz das doppelte Volum derjenigen der rechten Seite. Am Deltoideus macht sich auch links die Atrophie des scapularen Theiles am stärksten geltend, während die claviculare Portion nur um Weniges geschwunden scheint. Der linke Sternokleidomastoideus ist dünner und schlaffer wie der rechte. Die Vorderarmmusculatur ist gut erhalten und normal leistungsfähig. Die Muskeln des Rumpfes, besonders die des Rückens, sowie die der unteren Extremitäten sind gering entwickelt, schlaff, aber wohl nicht mehr wie dem erheblich gestörten Allgemeinbefinden des Kranken zukommt.

An keiner Stelle der Musculatur sind fibrilläre Zuckungen zu beobachten. Die elektrische Untersuchung gibt an den contractilen Muskeln überall und in jeder Beziehung normales Verhalten. Namentlich fehlt absolut Entartungsreaction. Die Patellarsehnenreflexe sind beiderseits etwas herabgesetzt. Cutane Sensibilität überall unverändert, Functionen von Blase und Mastdarm normal.

Bei diesem Kranken liess sich eine Probeexcision aus dem contractilen Theil des rechten Biceps ermöglichen, die, was wir nach früherer Erfahrung beim ersten Anblick des Patienten vermuthet hatten, die Anwesenheit von Muskeltrichinen erwies. In dem ausgeschnittenen Stückchen war die Durchsetzung mit Trichinen nicht ganz so stark wie bei dem ersten Falle. In einer Anzahl von (unter einem mittelgrossen Deckgläschen unterzubringenden) Zupfpräparaten fanden sich je 1 bis 2 Trichinen. Ob wir zufällig ein gering besetztes Stück entfernt hatten oder ob die Invasion in diesem Falle überhaupt eine etwas geringere war, bleibe dahingestellt.

Die einzelnen Trichinen waren sehr wohl erhalten und ausgebildet, unbeweglich und von einer halbdurchsichtigen, z. Th. verkalkten Kapsel umgeben. Soweit sich bei dem sparsamen Untersuchungsmaterial und der Prüfung der Muskeln in frischem Zustande sagen lässt, erschienen die Muskelbündel in der Umgebung der Trichinen vielfach blasser als die übrigen, verschmälert und weniger deutlich quergestreift, das interstitielle Bindegewebe entschieden vermehrt. Einzelne Muskelbündel waren matt glänzend, opak, etwas starrer, offenbar wachsartig degenerirt. Aus den eigentlich schwieligen Muskeltheilen konnte ich, da die Operation der Herz- und Gefässveränderungen wegen ohne Narkose vorgenommen werden musste, leider wiederum keine Probe gewinnen.

Hoffentlich werden gelegentliche Leichenuntersuchungen meine nur sehr unvollkommenen Erfahrungen über die mikroskopische Beschaffenheit der Musculatur bei unserer Krankheitsform vervollständigen.

Mit der Demonstration dieses dritten Falles, der mit den beiden anderen so grosse Uebereinstimmung zeigt, ja mit dem ersten bezüglich seines ganzen Bildes sich fast völlig deckt, glaube ich Ihre letzten Zweifel beseitigt zu haben. Hier kann kein Zufall spielen. Sie beweisen, dass die Trichineninvasion — übereinstimmend mit der zuweilen erstaunlichen Langlebigkeit der Parasiten — noch nach vielen Jahren[14]) zur Bildung einer chronischen Myositis mit Muskelschwund und Schwielenbildung Anlass geben kann.

Wie häufig dieses Vorkommniss und an welche besonderen Bedingungen es geknüpft ist, lässt sich heute noch nicht sagen. Sicher kann aber wohl angenommen werden, dass ein gewisser Theil der Fälle von schwieliger Muskelentartung, die bisher aetiologisch unaufgeklärt bleiben mussten, oder in älterer Zeit unter den Begriff der rheumatischen Muskelschwiele fielen, auf die Folgen der Trichinose zurückzuführen ist. —

Aus der k. Universitäts-Frauenklinik zu Halle a. S.

Das Verhalten des Arztes bei Complication von Schwangerschaft u. Geburt mit Carcinoma colli uteri.*)

Von *H. Fehling.*

Vor wenig Monaten hat Olshausen einen Vortrag über dasselbe Thema in der Berliner geburtshilflichen Gesellschaft gehalten und denselben in der Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 37, veröffentlicht. Bei der Wichtigkeit der genannten Complication für den Geburtshelfer halte ich es dessen ungeachtet für gestattet, gerade in dieser auch von praktischen Aerzten besuchten Versammlung nochmals auf diese Frage zurückzukommen, zumal ich dieselbe nicht bloss vom chirurgischen, sondern auch vom geburtshilflichen Standpunkt aus besprechen will.

Während noch im Jahre 1886 Stratz nach dem reichen Material der Berliner Klinik die Häufigkeit der die Geburt begleitenden Carcinome auf 7:10000 berechnete, wozu in dem gleichen Zeitraum von 10 Jahren noch 5 in der Schwangerschaft beobachtete Fälle kamen, hat es jetzt überall den Anschein, als ob die Frauen mit besserer Erkenntniss häufiger kämen, so beruhen meine jüngsten Erfahrungen auf 5 in den letzten 3 Jahren unter ca. 3000 Geburtsfällen gemachten Beobachtungen. Merkwürdig bleibt dabei immerhin, dass trotz der so häufigen Erkrankung der Gebärmutter an Krebs und ungeachtet der noch viel grösseren Zahl der Geburten diese Complication zweifellos weit seltener ist, als die von Myom mit Schwangerschaft. Es scheint eben, dass beim Carcinom das Collum durch die Infiltration der Wandung, die dadurch verminderte Erschlaffung nach der Erection, vielleicht auch durch chemische Veränderungen des Cervixsecrets frühzeitig die Bedingungen für Aufnahme und Erhaltung der Spermatozoen so ungünstige werden, dass dieselben nicht das Cavum uteri zu erreichen vermögen.

[14]) Unser dritter Patient hat, soweit dies sich aus den recht schwankenden anamnestischen Angaben erheben liess, wahrscheinlich im Jahre 1874 Trichinose überstanden und etwa 10 Jahre später, nachdem hartnäckige rheumatische Schmerzen vorausgegangen, die Ausbildung der Muskeldystrophie beobachtet.

*) Vortrag, gehalten auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Braunschweig.

Die Frage ist wohl für viele Fälle müssig und nicht zu entscheiden, ob das Carcinom erst in der Schwangerschaft entstanden ist, oder schon zuvor bestand; wahrscheinlicher ist meist das letztere. Sicher steht, dass, mit wenig Ausnahmen — was auch Olshausen sehr hervorgehoben hat — das Carcinom ein rapides Wachsthum während der Schwangerschaft zeigt, in Folge der starken Auflockerung des Mutterbodens, welche ja frühzeitig gerade das Collum betrifft.

Es scheinen auch in der Schwangerschaft die Symptome die Kranken bälder zum Arzt zu treiben als sonst; in den ersten Monaten vermuthet die Schwangere das Drohen eines Aborts, in späteren Monaten denkt sie oder die Hebamme an vorliegende Fruchtkuchen, desshalb wird eher der Arzt aufgesucht und so erhalten wir manchen Fall noch verhältnissmässig günstig zur Operation.

Die Diagnose ist dann meist leicht, selbst bei den noch operablen Fällen, weil die Härte der Infiltration gegenüber dem weichen Mutterboden auffallen muss. Eine Probeexcision wird wohl selten nöthig sein. Fast ein Unicum bildet der Fall von Kaltenbach, wo in einer Schwangerschaft die vordere Lippe und in der nächst darauf folgenden die hintere Lippe infravaginal abgetragen wurde. Eher könnte manchmal die Diagnose der daneben bestehenden Schwangerschaft Schwierigkeit machen. Bei der recht häufig bestehenden Metritis kann die Auflockerung des Corpus uteri in den ersten Monaten manchmal nicht so deutlich werden, zumal das Hegar'sche Zeichen hier eher fehlt; erst die frühzeitige Zunahme des Uteruskörpers im Sagittal- und Querdurchmesser wird Klarheit bringen. Aber wenn auch einmal die Diagnose Gravidität nicht gestellt und dieselbe erst bei der Operation entdeckt würde, ist der Schaden nicht so gross, da die Therapie dieselbe bleibt.

Die Prognose für Dauerheilung soll nach fast allen Autoren noch ungünstiger sein, als sonst. Doch hat Olshausen glänzende Erfolge bei seinen frühzeitig in der Schwangerschaft vorgenommenen Operationen erzielt, auf 9 Operationen zählt er 4 Heilungen von $2^1/_2$—$7^1/_2$ Jahren. Darnach dürfte man eher geneigt sein, die Prognose nicht so ungünstig zu stellen.

Immerhin ist jetzt mit Recht allerorts als Grundsatz für die Behandlung aufzustellen, dass, so lang das Carcinom noch im Gesunden zu entfernen ist, dies zu geschehen hat, ohne Rücksicht auf das zweifelhafte Kindesleben.

Das Verhalten des Arztes wird nun verschieden sein, je nachdem es sich um Collumcarcinom in der Schwangerschaft oder Geburt handelt, und noch mehr, je nachdem es noch im Gesunden zu entfernen ist oder nicht mehr.

I. Behandlung in der Schwangerschaft.

A. Das Carcinom ist operabel.

In den ersten 3—4 Monaten gilt gegenwärtig als allein richtiges Verfahren die Totalexstirpation des schwangeren Uterus von der Vagina aus.

Diese Operation ist trotz der Complication fast leichter als ausserhalb der Schwangerschaft, da in Folge der letzteren eine höchst günstige Auflockerung der Narben und Ligamente erfolgt. Die allenfalls etwas stärkere Blutung ist nach den Erfahrungen aller Operateure nicht schwer zu beherrschen.

Olshausen stellt eine Reihe von 25 Totalexstirpationen des schwangeren Uterus ohne Todesfall zusammen; diese Reihe dürfte wohl eher noch grösser sein, da nicht alle Fälle veröffentlicht sind.

Wird der Uterus grösser, so dass er nicht mehr unverkleinert sich durch das Becken ziehen lässt, so macht man zuvor die Entleerung des Uterus und schliesst in derselben Sitzung die Totalexstirpation daran.

Bis vor Kurzem herrschten hier andere Grundsätze. Aber auch Olshausen betont in seinem oben erwähnten Vortrag, dass es nicht zweckmässig sei, zuvor den künstlichen Abort einzuleiten, um daran die Totalexstirpation anzuschliessen, trotzdem er dies früher selbst mehrfach mit Erfolg gethan.

Ebensowenig kann man sich der Empfehlung Theilhaber's anschliessen, in den späteren Monaten die künstliche Frühgeburt auszuführen, um im Wochenbett die Totalexstirpation folgen zu lassen. Bei der künstlichen Frühgeburt braucht es durchschnittlich 3 Tage bis zur Vollendung der Geburt, bei Carcinom des Collum wird der Verlauf ein noch schleppenderer sein, es wächst damit die Gefahr der Infection intra partum von dem unmöglich völlig zu desinficirenden Collum aus; bei allen Methoden, sei es Bougie, Kolpeurynter oder andere, besteht die Gefahr der Einführung von Fäulniss- oder pathogenen Keimen in's Cavum uteri, damit die einer Endometritis sub partu, welche der Frucht gefährlich werden kann; ausserdem ist vorgekommen, dass eine post partum sich einstellende Parametritis den Fall inoperabel machte.

Für den 4.—8. Monat wird sich daher die vorherige Entleerung des Uterus von der Scheide aus empfehlen mit nachfolgender Totalexstirpation. Für einzelne Fälle im 4. Monat kann der Blasenstich genügen, sonst wird man nach Doyen, wie Dührssen, Hegar, Winter es ausgeführt haben, den Uterus nach vorheriger Loslösung des Collum aus seinen Verbindungen mit Scheide und Parametrium median supravaginal spalten bis so viel Platz ist, um das Kind zu extrahiren; auch die Placenta wird auf diesem Wege entfernt, der Uterus kann sich darnach besser zusammenziehen, eine Blutung wird so eher vermieden werden, als wenn dieselbe sitzen bleibt; daran wird sogleich die Totalexstirpation des Uterus geschlossen.

Ich habe zwar selbst früher die abdominelle Operation, auch bei nicht lebensfähigem Kind, empfohlen und ausgeführt, ich sehe aber nach Olshausen's Vorschlag ein, dass es besser ist, den abdominellen Weg für eine lebensfähige Frucht aufzusparen. Die Grenze schiebe ich hier absichtlich mehr hinaus als üblich, da die Aussicht, ein lebensfähiges Kind zu erzielen, auch im 8. Monat noch sehr gering ist.

Im 9. und 10. Monat der Schwangerschaft empfehle ich mit Olshausen das abdominelle Verfahren zur Entfernung des Kindes als zweckmässiger. Dührssen will zwar auch in dieser Zeit die Frucht auf vaginalem Weg entfernen, dies kann aber Schwierigkeiten und Zeitverlust bedingen, welche dem Kind das Leben kosten können; geburtshilfliche Operationen mit der Hand oder Zange könnten zudem die Operationswege inficiren, so dass der Erfolg der folgenden Totalexstirpation geschmälert würde.

Es empfiehlt sich daher die Sectio caesarea zur Entfernung von Kind und Fruchtkuchen; ob man dann die Unterbindung der Spermatica folgen lässt, die Blase vom Uterus abpräparirt, die Uteruswunde schliesst und nun den entleerten Uterus von der Scheide aus exstirpirt, oder ob man, wie ich nach dem Vorgang von Zweifel 2 mal es ausgeführt habe, nach Entfernung des Kindes die Amputatio uteri supravaginalis macht, also Porro, und darauf den elastisch ligirten Collumrest von der Vagina aus totalexstirpirt, wird keinen so grossen Unterschied machen.

Die Hauptsache ist dabei der Grundsatz, das kranke Collum von der Scheide aus zu entfernen, und dasselbe gar nicht mit der Bauchhöhle in Berührung zu bringen, ferner dass Hände und Instrumente erst am Schlusse mit dem Carcinom in Berührung kommen.

In der That hat die Freund'sche abdominelle Totalexstirpation hier keine so günstigen Erfolge aufzuweisen; Theilhaber stellte s. Z. 6 Operationen mit 4 Todesfällen zusammen, seither sind weitere Operationen dazugekommen, so dass jetzt 11 Fälle mit 5 Todesfällen vorhanden sind, ein Resultat, was dem der vaginalen Operationswege sicher bedeutend nachsteht.

B. Das Carcinom ist inoperabel.

Die carcinomatöse Infiltration ist schon zu weit auf das Beckenbindegewebe, auf die Submucosa der Blase, Ureteren etc. übergegangen, so dass eine Operation im Gesunden nicht mehr möglich ist.

Hier muss nun, da das Leben der Mutter verloren, das Interesse des Kindes vorangestellt werden; es ist daher für die Schwangerschaft ein streng expectatives Verfahren zu empfehlen. Hiezu gehört auch nach einmal festgestellter Diagnose Vermeiden jeglicher weiterer Untersuchung, da die Untersuchung unnöthig Blutungen anregt, aber auch Infectionen zu bewirken im Stande ist. Man verordnet desinficirende Vaginalspülungen oder macht

Trockenbehandlung nach Fritsch, besonders mit Airol oder Dermatolpulver und sehr lockerer Tamponade.

Symptomatische Operationen in der Schwangerschaft, bestehend in Ausschabung, Abtragung der zerfallenen Massen, Anwendung des Glüheisens sind entschieden zu verwerfen, da die Wucherungen sich trotzdem wieder enorm rasch neu bilden, und da die Gefahr des vorzeitigen Eintritts der Geburt immerhin besteht, welcher schon manche zu früh geborene Kinder zum Opfer gefallen sind.

Die infravaginale Abtragung einer Portio dagegen, die, wie oben angeführt, von Kaltenbach gemacht wurde, wird extrem selten bleiben und mehr in's Gebiet der diagnostischen Excision fallen.

Dieselbe scheint jedenfalls nicht so sicher den Abort oder die Frühgeburt hervorzurufen, wie die supravaginale Excision des Cervix nach Schröder. In den 5 von Stratz mitgetheilten Fällen, wo Schröder in der Schwangerschaft die supravaginale Excision vorgenommen hatte, trat stets der Abort ein. Die supravaginale Excision eines carcinomatösen Collums in der Schwangerschaft gehört also auch zu den Operationen, welche besser unterlassen werden. (An dieser Anschauung ändert auch der eine von Veit in der Discussion in Braunschweig mitgetheilte Fall nichts, wo bei einer andern Kranken Schröder's nach der supravaginalen Excision Abort eintrat, aber später noch eine ausgetragene Schwangerschaft erfolgte.)

Neben der vorsichtigen örtlichen Behandlung muss allgemeine Kräftigung des Organismus erstrebt werden, um die Schwangere möglichst gut zur Geburt zu bringen.

II. Behandlung in der Geburt.

A. Das Carcinom ist operabel.

Dass eine Gebärende ein noch operables Carcinom hat, wird wohl verhältnissmässig immer seltener der Fall werden, je frühzeitiger die Kranken in der Schwangerschaft den Arzt aufsuchen.

Bei operablem Carcinom kommt es darauf an, die Geburt so zu leiten, dass nicht durch den Geburtsact eine Infection gesetzt wird, welche die sofort oder möglichst bald darnach auszuführende Operation gefährdet.

Man wird in seltenen Fällen, bei nur wenig vorgeschrittenem Carcinom und bei recht kräftigen Wehen abwarten können, ob die Geburt spontan verläuft; bei längerer Dauer steigt die Gefahr der unvermeidbaren Infection, oder der Zerreissung der infiltrirten Gewebe mit Blutung. Chrobak hat jüngst in einem Falle von Portiocarcinom nach Entfernung der kranken Massen mit dem scharfen Löffel die Wendung des in Querlage befindlichen Kindes ausgeführt und daran die Totalexstirpation des entleerten Uterus angeschlossen mit Erfolg.

Im Ganzen werden die Fälle selten so liegen; man wird meist gut thun, dieselben Operationen auszuführen wie im 9. und 10. Monat der Schwangerschaft, d. h. die Sectio caesarea machen zur Erhaltung des Kindes und daran die Totalexstirpation des entleerten Uterus anschliessen, oder wenn man mit der Sectio caesarea die Amputatio ut. supravagin. verbindet, die Entfernung des Collums per vaginam.

Das schwierige bei diesen vaginalen Operationen in partu und in graviditate ist die enorme Zerreisslichkeit der Gewebe.

B. Das Carcinom ist nicht mehr operabel.

In der Mehrzahl der Fälle, wenn das richtige Ende der Schwangerschaft erreicht wird, dürfte dies der Fall sein. Noch mehr als in der Schwangerschaft ist hier abwartendes Verfahren zu empfehlen, Vermeiden zu häufigen und eingreifenden Untersuchens, da damit die Möglichkeit der Infection steigt. Es ist erstaunlich, wie trotz weitgehender Infiltration des Collum sammt dem angrenzenden Bindegewebe die Entfaltung desselben bei guter Wehenthätigkeit vor sich gehen kann.

Uebertreiben darf man das exspectative Verfahren nicht, da bei zu kräftiger Wehenthätigkeit und grosser Unnachgiebigkeit des starren Collums Uterusruptur eintreten kann.

Entschliesst man sich dann zum geburtshilflichen Eingriff, so wird man nach reichlicher desinficirender Ausspülung zuerst mit Finger, Scheere, scharfem Löffel, Schultze's Polypenzange die wuchernden Massen so weit wie möglich entfernen.

Das weitere geburtshilfliche Verhalten wird durch das Verhalten des betr. Falles selbst bestimmt. Vor Allem soll man nicht zu früh die Blase sprengen; gibt dann bei Längslage der starre Ring trotz guter Wehenthätigkeit nicht nach, dann säume man nicht, dreist tiefe Incisionen sowohl des supra- als des infravaginalen Theils des Cervix zu machen, hüte sich dabei vor Verletzung der Harnblase. Dass nach der Theilhaber'schen Statistik hiebei von 21 Fällen 11 starben, beweist nichts dagegen; zuweilen wird man darnach noch zweckmässig Nachhilfe mit der Zange leisten können, doch ist eine atypische Zange hier völlig verwerflich. Die Anwendung der Zange gibt nach der Statistik verhältnissmässig günstige Resultate, viel günstiger als die Wendung, die an und für sich schon bei dem starren Ring eines inoperablen Cervixcarcinoms irrationell erscheint. Man muss bei ihr stets im Auge haben, dass eine Uterusruptur oder eine Kolpaporrhexis droht und damit die Gefahr der secundären Infection. In der That sind auch in Theilhaber's Statistik nach Wendung die Hälfte der Mütter gestorben und kaum 1 Kind lebend geboren.

Ist bei Kopflage das Kind abgestorben, dann wird die Perforation das schonendste Verfahren zur Vollendung der Geburt sein.

Dass es aber bei Gebärunmöglichkeit humaner sei, das lebende Kind zu perforiren als den Kaiserschnitt zu machen, kann ich Winckel unmöglich zugeben. Ist die Mutter verloren, so ist doch unsere erste Pflicht, das Kindesleben zu retten; der Kaiserschnitt hat als Operation ja längst nicht mehr die Schrecken für die Mutter wie früher und wird kaum viel gefährlicher sein, als eine Perforation mit den unvermeidlichen Quetschungen der Geburtswege.

Ergibt dem Geburtshelfer die verständige Beobachtung des Geburtsverlaufes, dass trotz Incision es für die Frucht nicht möglich sein wird, den starren Ring zu überwinden, dann macht man beim inoperablen Carcinom den Kaiserschnitt lieber, ehe Mutter und Kind gelitten haben; man trägt aber das Corpus uteri nach Porro ab und versorgt den Stiel nach der Hegar-schen extraperitonealen Methode. Allerdings sagt Olshausen (Schröder's Lehrbuch): „Die eigentliche Porro-Operation, wobei der carcinomatöse Cervix zurückgelassen wird, ist absolut verwerflich, weil die Gefahr für die Mutter dadurch wesentlich erhöht würde“. Dies ist nun durchaus nicht richtig. Porro hat bekanntlich die nach ihm benannte Methode desshalb angegeben, um die Quelle, von der aus am häufigsten Infection der Peritonealhöhle gesetzt wurde, die Uterushöhle zu entfernen.

Es ist nun klar, dass beim inoperablen Cervixcarcinom mit seinen massenhaften Pilzformen eine Infection der Uterushöhle nach der Operation kaum zu vermeiden ist, wodurch es zur Infection der Operationswunde und zu Peritonitis kommen kann.

Olshausen hat 2 mal bei inoperablem Carcinom den conservativen Kaiserschnitt ausgeführt, der eine Fall starb an Sepsis, der andere machte einen längeren fieberhaften Process durch. In dem von mir operirten Fall habe ich durch Porro glatte Heilung erzielt. Der Porro ist, zumal in der Praxis, für den Arzt leichter und sicherer auszuführen.

Kommt ein operables Cervixcarcinom erst im Wochenbett zur Beobachtung, so soll sofort die Operation ausgeführt werden; es ist hier nicht nöthig eine gewisse Verkleinerung abzuwarten. Doch kann hier unter Umständen das Lochialsecret für die Operationswunde gefährlich werden, wie mich ein Fall belehrte.

Ueberblickt man die vorgeschlagenen Massnahmen, so wird man zugeben müssen, dass, wenn auch über manche Punkte Meinungsverschiedenheit herrscht, im Grossen und Ganzen Einigkeit darüber besteht, dass durch richtiges geburtshilfliches und chirurgisches Handeln manches bisher verlorene Leben gerettet oder länger erhalten werden kann.

Zum Beweis des Gesagten mögen die folgenden Krankengeschichten dienen:

1. Frau C. K. v. M. Gynäk. J. 1894/95 No. 217. Aufnahme 10. September.

29 Jahre, 5 Geburten, zuletzt 1893. Menses regelmässig, zuletzt Juli 1894. Seit April zeitweise Blutabgang, der sich bei Cohabitation steigert; in letzter Zeit anhaltend. Keine Schmerzen, aber Abmagerung. Portio in eine dicke, über wallnussgrosse Geschwulstmasse verwandelt, leicht blutend, theilweise bröckelnd.

Uterus weich. Ligamente frei. Diagn.: Carcinom der Portio vagin. Gravidität nicht mit Sicherheit anzunehmen.

11. IX. Typische Totalexstirpation des Uterus ab Vagina sammt Adnexen. Glatte Heilung. Im Uterus ein Ei vom Beginn des 2. Monats. Nach brieflicher Mittheilung des Arztes vom September 1897 Wohlbefinden.

2. Frau R. B. v. T. Geburtsh. J. 1895/96 No. 27. Aufnahme 20. April 1895.

31 Jahre, 2 mal geboren, zuletzt 1892. Seit Anfang October 1894 Blutungen, theils spontan, theils nach Cohabitation. Dumpfe Schmerzen im Becken, besonders links. Letzte Regel Mitte August. Anfangs der Schwangerschaft Brechen, vom 3. Monat ab starke Kreuz- und Leibschmerzen, anfallsweise. Seit 8 Tagen mit Zwischenpausen Wehen.

Anaemische, schlecht genährte Frau; Fundus uteri 2 Finger unterhalb des Thoraxrandes, Kind in I. Schädellage, lebend, Kopf beweglich über Beckeneingang. An Stelle der Vaginalportion ein grosser Blumenkohl, in der Mitte trichterförmig zerfallen. Die Infiltration hat beide Lippen völlig ergriffen und geht von der hinteren auf das angrenzende Vaginalgewölbe. Linkes Parametrium infiltrirt. Cervixlänge 3 cm, über dem geöffneten Os int. ist die Fruchtblase zu fühlen. Diagnose: Papilläres Cancroid der Vaginalportion, Graviditas mensis X.

Als nach 24stündiger schmerzhafter Wehenthätigkeit die Geburt keine Fortschritte machte, wurden nach sorgfältiger Desinfection 2 starke seitliche Incisionen in den Cervix gemacht, und die Blase gesprengt, Muttermund vorher dreimarkstückgross, erweitert sich auf Handtellergrösse. Nach weiteren 18 Stunden Wehenthätigkeit innerer Befund unverändert, Kopf sehr beweglich, daher 22. IV. 8 Uhr Nachm. Kaiserschnitt nach Porro mit extraperitonealer Stielversorgung.

Kind: Lebendes Mädchen 51 cm lang, 3250 g schwer. Mutter und Kind nach glattem Verlaufe am 22. V. entlassen.

Nach brieflicher Nachricht 1 Jahr später gestorben.

3. Frau L. L. v. G. Gynäk. Journ. No. 140, 1895/96. Eintritt 12. VII. 95.

32 Jahre. Hat 6 mal geboren, 1 mal Forceps, sonst spontan; zuletzt 1894. Letzte Regel Jan. 95. Seit 3 Monaten geringe Blutungen, keine Schmerzen, kein Fluor, keine Abmagerung. Portio quer gespalten, hintere Lippe verlängert, höckerig uneben, mässig weich, leicht blutend. Auch die Schleimhaut der vorderen Lippe auffallend rauh. Scheidenschleimhaut und Parametrien frei, Os internum geschlossen. Diagn.: Cancroid der hinteren Lippe, Graviditas mensis VI.

19. Juli 95. Sectio caesarea nach Porro ergibt ein lebend geborenes Kind männl. Geschlechts, 32 cm lang, 650 g schwer, das bald stirbt. Im Eihautsack findet sich ein Foetus papyraceus dem 2. Schwangerschaftsmonat entsprechend. Nach Umstechung der Spermatica beiderseits wird das elastisch umschnürte Collum von der Vagina in typischer Weise entfernt, wobei die Loslösung der Blase von der vorderen Cervixwand einige Schwierigkeiten macht. Schluss der Peritonealwunde von der Vagina aus mit Catgutknopfnähten.

Glatter Verlauf, höchste Temperatur 38,0°; am 6. VIII. entlassen. Nach brieflicher Nachricht vom 13. IX. 97 Wohlbefinden.

4. Frau H. Sch. v. G. Geburtsh. Journ. 1896/97, Nr. 348. Aufnahme 25. Januar 1897.

40 Jahre. Hat 7 mal normal geboren, zuletzt vor 2 Jahren. Letzte Regel Anfang Juni, 8 Wochen später eine geringe Blutung, seit Ende October fortgesetzt mässige Blutungen mit höchstens 14 täg. Pausen, nie Schmerzen.

Portio zapfenförmig 2 cm lang, Aussenfläche glatt, Cervix in eine unebene zerfallene, geschwürige Fläche verwandelt, welche bis zu dem durchgängigen Os int. reicht. Diagn.: Carcinom der Cervixschleimhaut. Graviditas mensis IX. Kind in Schädellage, lebend. Am 28. Jan. Wehen.

29. Jan. früh 8 Uhr Sectio caesarea nach Porro, mit nachfolgender Exstirpation des Collums ut. ab vagina ganz in der bei Fall 4 beschriebenen Weise.

Kind: Knabe 46 cm lang, 2300 g schwer, lebend geboren; trotzdem dass vom Beginn der Operation bis zur Entwicklung der Frucht nur 4 Min. verliefen, verfällt das Anfangs lebhaft schreiende Kind bald in tiefe Asphyxie, aus der es durch 1 stündige Bemühung wieder belebt wird. Es erliegt aber nach 6 Stunden einem neuen Anfall. Autopsie ergibt Atelektase der Lungen.

Durch zu tiefes Anlegen der elastischen Ligatur entstand ein Riss mit nachfolgendem starken Defect in der rechtsseitigen Parietalserosa mit starker Blutung, die erst durch mehrfache Umstechungen gestillt werden musste. Drainage dieser Wunde ergab einen tiefen Fistelgang in der Bauchdecke, dessen Heilung die Herstellung verzögerte. Entlassung 18. III. 97. Seither Wohlbefinden.

5. Frau W. Sch. v. J. Gynäk. Journ. No. 85, 1897/98. Aufnahme 4. Juni 1897.

38 Jahre alt. Hat 9 mal geboren, zuletzt 22. Mai 97. Geburten stets normal. Seit der letzten Geburt heftige Kreuzschmerzen, am 1. VI. erneute heftige Blutung; der untersuchende Arzt findet ein Gewächs am Uterus und schickt daher die Pat. nach der Klinik.

Die Untersuchung ergibt eine 2 cm lange Portio, mit unregelmässig zerfetzter vorderer Lippe, in deren Gewebe ein über kirschgrosser derber Knoten sitzt. Durch das durchgängige Os intern. gelangt der Finger in die Uterushöhle und findet die rauhe Placentarstelle an der hinteren Wand. Diagn.: Cancroid der Vaginalportion. Stat. puerperalis.

Nach der Untersuchung tritt Temperatursteigerung auf. Am 8. VI. vaginale Totalexstirpation des Uterus in der üblichen Weise. Operation sehr blutig, erfordert weit mehr Unterbindungen als sonst, besonders rechts.

Es folgt vom 2. Tag an ein ca. 3 Wochen lang dauernder hochfieberhafter Process (Lochieninfection?) mit Infiltration des Beckenbindegewebes und metastatische Pleuropneumonie in Folge mehrfacher Embolien. Entlassung erst am 14. Juli. Seither Wohlbefinden.

Die mikroskopische Untersuchung der vorderen Lippe ergibt ein Plattenepithelcarcinom; an der Placentarstelle keine malignen Veränderungen.

Es ist vielleicht nicht ohne Bedeutung, dass unter 5 Fällen 4 mal sich Cancroid der Portio und nur 1 mal Carcinom des Cervix fand; weitere Beobachtungen bei grösserem Material dürften die Frage klären, ob bei Cancroid der Portio die Empfängniss eher möglich ist, als bei Carcinom der Cervixschleimhaut.

Aus dem pathologisch-anatomischen Institut in Heidelberg.

Ueber lenticuläre Lungennekrose und die Bildung von Lungensteinen.

Von Prof. Dr. *Arnold.*

Die Bildung von Concretionen innerhalb der Bronchien, mögen sie aus eingedicktem und verkalktem Schleim oder Blut bestehen, mögen sie Theile verkalkter, in die Bronchiallumina durchgebrochener, Bronchialdrüsen oder incrustirte Fremdkörper darstellen, gehört nicht zu den Seltenheiten. Auch im Innern der Lungenhöhlen kann es zur Steinbildung kommen, wenn Schleim, Blut oder Fremdkörper mit Kalk sich einprägniren. Seltener vollziehen sich solche Vorgänge an der Wand von Lungencavernen, indem Theile ihrer Wand incrustirt oder mit Staub imprägnirt und dann nekrotisch abgestossen werden; gewöhnlich sind die sich ablösenden Partikelchen der Wand als erweichte Massen dem Sputum beigemengt. Die Fälle, in denen eine Bildung von echtem Knochen im Lungengewebe und später Ablösung und Expectoration erfolgt, gehören nicht in die Kategorie der Lungenconcretionen[1]).

Vor einiger Zeit wurde im hiesigen pathologischen Institut ein sehr interessanter Fall von lenticulärer Nekrose einer Steinhauerlunge obducirt, bei welchem es in einer Caverne zur Bildung kleiner Lungensteine und zur Expectoration derselben gekommen war. Da Herr Dr. Gilbert[2]) denselben in seiner Dissertation ausführlich beschrieben hat, will ich an dieser Stelle nur diejenigen Verhältnisse besprechen, welche mir namentlich auch vom diagnostischen Standpunkte aus bedeutungsvoll erscheinen.

Es handelt sich um einen 53jährigen Steinhauer, der schon seit 10 Jahren an einer mit Tuberculose complicirten, chronisch-indurativen Pneumonie litt und in der Klinik des Herrn Collegen Erb verstorben war. Wiederholt hatte er Haemoptoe, so namentlich an Weihnachten 1893. Anfang Februar begann er unter sehr starken Hustenbewegungen kleine Steinchen, manchmal an einem Tage 6—7 solcher, auszuwerfen. Unter den Erscheinungen einer profusen Lungenblutung erfolgte am 10. Juni 1894 der Tod. — Bei der Section fand sich das typische Bild einer mit Tuberculose complicirten Steinhauerlunge. Der linke Oberlappen war verdichtet, derb, luftleer und schieferig verfärbt. Das Gewebe zeigte sich durchsetzt von hanfkorngrossen Knoten mit concentrischer Anordnung; dieselben waren grau bis grauschwarz gefärbt und standen stellenweise so dicht, dass eine gleichmässige Infiltration des Oberlappens resultirte. Der Unterlappen enthielt vereinzelte Knoten und Knötchen, sowie Gruppen solcher mit indurirten und schwarz pigmentirten Höfen. Der grösste Theil des rechten Oberlappens wurde durch eine Caverne eingenommen, deren Wandung aus einer mächtigen fast knorpelharten Schichte schwartigen Gewebes sich zusammensetzte. Die Höhle war nach innen abgeglättet, aber mit vielen Buchten und Recessen versehen, in denen kleine, harte, schwarze, zackige Steinchen in ansehnlicher Zahl (70) gefunden wurden. Ein spitzer zackiger Stein von grösserem Kaliber war in die Cavernenwand

[1]) Man vergleiche die Mittheilungen von Henocque und Leroy, Contributions de l'étude des concretions bronchiques, Virchow-Hirsch 1868, Bourdel, l'Union 1876, Schmidt's Jahrbücher 1877, Possi und Hudele, des concretions calcaires du poumon etc., Virchow-Hirsch, Jahresb. 1888, Poulalion, les pierres du poumon etc., Thèse de Paris 1891.

[2]) H. Gilbert, Ueber die Differentialdiagnose zwischen ausgehusteten nekrotischen Massen einer Steinhauerlunge einerseits, Bronchial- und Lungensteinen andererseits. Dissert. Heidelberg 1897.

und in einen Ast der Arteria pulmonalis eingekeilt. Zahlreiche Brücken und Spangen mit obliterirten Gefässen durchzogen die Höhle, welche mit einem Bronchus in weitoffener Communication stand und ein grosses frisches Coagulum enthielt. Der unteren Lappen dieser Lunge zeigte dieselbe Beschaffenheit, wie derjenige der anderen Seite. Die peribronchialen Lymphdrüsen waren steinhart und schieferig verfärbt. Von den übrigen Befunden seien noch erwähnt: die Tuberculose und Anthracose der Milz und Leber.

Die Steinchen hatten eine sehr verschiedene Form und Grösse; neben ganz kleinen fanden sich 5—7 mm grosse. Die einen boten eine rundliche, die anderen eine mehr abgeplattete Gestalt dar; sehr viele zeigten kürzere und längere, dickere und dünnere Fortsätze; alle fühlten sich hart an und waren fleckig, seltener gleichmässig grau gefärbt. Auch auf dem Durchschnitte erschienen die Steinchen meistens nicht gleichmässig, sondern fleckig, indem hellere oder farblose Stellen mit dunkeln abwechselten. Wie die mikroskopische Untersuchung lehrte, bestanden dieselben aus derben, selten faserigen, meistens hyalinen Massen, die mehr oder weniger deutlich concentrisch angeordnet waren und ausgiebig Pigment einschlossen. Gewöhnlich hatten die Steinchen eine derartige Architectur, dass hyaline Gebilde von kugeliger Form durch pigmentirte Höfe eingesäumt wurden, während die äusseren Schichten dann wieder der Pigmenteinlagerung entbehrten. Das Pigment selbst war absolut schwarz, also zweifellos anthracotischer Natur, und in Form von rundlichen Haufen oder spindelförmigen und verästelten Figuren angeordnet; stellenweise schienen auch noch Kernreste vorhanden zu sein. Bei der Tinction nach der Säurefuchsin-Pikrinmethode (van Gieson-Ernst) färbte sich das Hyalin leuchtend roth; es verhielt sich somit wie bindegewebiges Hyalin[3]).

Die in dem Lungengewebe eingebetteten fibrösen Knoten zeigten die gleiche Zusammensetzung; auch sie bestanden aus hyaliner Substanz, in welcher schwarzes Pigment, bald spärlicher bald zahlreicher, eingelagert war. — In einer früheren Arbeit[4]) über Staubinhalation habe ich nachgewiesen, dass diese fibrösen Knoten in verschiedener Weise zu Stande kommen. Indem die in den einzelnen Alveolen oder Alveolengruppen enthaltenen Gemenge von Staub und Zellen schrumpfen, und die Alveolenwand, sowie das perialveoläre Gewebe sich verdickt, entstehen solche fibröse Herde, welche ich als indurative Bronchopneumonie zu bezeichnen vorschlug. Andere gehen aus einer fibrösen Verdickung der Umgebung der Bronchien (fibröse Peribronchitis) oder der Blutgefässe (Perivasculitis fibrosa) oder der Lymphgefässe (Perilymphangitis fibrosa) hervor. Auf diese Art erfolgen jene herdweisen Veränderungen, welche für die Steinhauerlunge so charakteristisch sind, dass aus solchen Befunden ein Rückschluss auf das Gewerbe möglich ist.

Aus der hervorgehobenen Uebereinstimmung der fibrösen Herde in den Lungen mit den expectorirten und in der Caverne gefundenen, zum Theil noch in deren Wand haftenden Steinchen geht die Entstehung der letzteren unzweideutig hervor; sie stellen durch Nekrose freigewordene Theilchen einer chalicotisch erkrankten Lunge dar und unterscheiden sich dadurch wesentlich von anderen Bronchial- und Lungensteinen, wie sie oben angeführt wurden. In seiner Arbeit über die sog. Steinbrecherkrankheit erwähnt Petrenz[5]), dass mit den Sputis bisweilen grössere oder kleinere feste steinartige Concremente zum Vorschein kommen, welche bei einigen die Grösse einer Haselnuss erreichen, eine rauhe, ungleiche und zackige Gestalt haben und sich kaum mit den Fingern zerbrechen lassen. Da Angaben über den feineren Bau fehlen, muss ich es fraglich lassen, ob diese Lungensteine derselben Provenienz waren.

Es ist der Zweck dieser Zeilen, auf diese Form von Lungensteinen und die Möglichkeit der Differentialdiagnose anderen gegenüber aufmerksam zu machen. Da ich mir nicht denken kann, dass solche lenticuläre Nekrosen bei Steinhauerlungen so selten sein sollten, zweifle ich nicht, dass namentlich von klinischer Seite ähnliche Beobachtungen schon angestellt sind; vielleicht wurde diesen Vorkommnissen nur nicht die Berücksichtigung zu Theil, welche sie allerdings meiner Meinung nach beanspruchen können.

[3]) Ernst, Ziegler's Beitr. XI u. Virchow's Archiv, Bd. 130.
[4]) J. Arnold, Untersuchungen über Staubinhalation und Staubmetastase. Leipzig 1885. S. 136 u. ff.
[5]) Petrenz, Erfahrungen über die sog. Steinbrecherkrankheit, Hufeland's und Osann's: Neues Journal der praktischen Arzneikunde. Bd. XIV. 1844. S. 109.

Aus der medicinischen Klinik und Poliklinik zu Bonn (Director: Prof. Dr. Schultze).

Ueber tanninhaltige Milch-Somatose

Von Privatdocent Dr. *Adolf Schmidt.*

In der Berliner medicinischen Gesellschaft hat am 2. Juni G. Klemperer einen Vortrag gehalten[1]), dessen Inhalt darauf hinausläuft, dass die grosse Mehrzahl unserer künstlichen Nährpräparate — wenn nicht alle — unnütz seien, insoferne sie nichts Besseres und nicht mehr leisteten, als bei der grossen Mehrzahl der Kranken durch zweckmässige Auswahl der gewöhnlichen Nahrungsmittel einfacher und vor Allem viel billiger erreicht werden könne. Dieser Ansicht ist in der Discussion von verschiedenen Seiten mit Recht widersprochen worden. Denn in der Praxis sind die künstlichen Nährpräparate ohne Zweifel weniger leicht zu entbehren als eine ganze Anzahl von Arzneimitteln und Behandlungsmethoden, die nicht bloss vom rein theoretischen Standpunkte aus als überflüssig bezeichnet werden müssen. Es ist verkehrt, bei der Anwendung künstlicher Nährpräparate sich immer nur zu fragen, wie viele Calorien Verbrennungswärme oder wie viel Gramm leicht resorbirbares Eiweiss führe ich dadurch dem Organismus zu? Viel richtiger ist es — wie auch in jener Discussion von verschiedenen Rednern betont wurde —, die Nährpräparate als Ersatzmittel anzusehen, an deren Stelle von den gewöhnlichen Nahrungsmitteln das fortgelassen werden kann, was in dem betr. Falle nicht vertragen wird.

Wenn man in solcher Absicht, also besonders bei chronischen Magen- und Darmkranken zu Ersatzmitteln greift, ist die erste Anforderung, welche an das Präparat gestellt werden muss, die, dass sein Geschmack zusagt, und dass es in keiner Weise reizend auf den Verdauungscanal einwirkt. Aber gerade hier versagen mehr oder minder alle künstlichen Nährmittel, wenigstens soweit sie einen Ersatz für Eiweiss geben sollen. Auch die Somatose, zweifellos eines der besten im Handel befindlichen Präparate, ist in Bezug auf den letztgenannten Punkt nicht einwandsfrei: in grösseren Dosen genommen erzeugt sie bei Manchen, namentlich bei Kranken mit empfindlichem Darme, Durchfall.

Die Somatose wird aus Fleisch hergestellt. Neuerdings ist von den Producenten[2]) auch aus dem Caseïn der Milch ein Somatose-Präparat dargestellt worden, welches sich abgesehen von den Vorzügen, welche dem Milcheiweiss an und für sich zukommen, auch dadurch vor der Fleisch-Somatose auszeichnen soll, dass es noch salzfreier ist als diese. Im Geschmack ist es ein wenig verschieden von der Fleisch-Somatose, aber nicht unangenehmer. Auch die Milch-Somatose macht, in grösseren Mengen genommen, Diarrhoe, und zwar anscheinend noch etwas leichter und regelmässiger als die Fleisch-Somatose.

Um die Milch-Somatose für die Verwendung bei Kindern und Patienten mit schwachen und erkrankten Verdauungsorganen geeignet zu machen, ist sie von den Fabrikanten von vorneherein mit einem niedrigen Tanninzusatz (von 5 Proc.) versehen worden, derart, dass das Tannin nicht einfach beigemischt, sondern in chemischer Bindung darin vorhanden ist. Die Veranlassung dazu ist von dem Tannalbin Gottlieb's, der durch Erhitzen schwer löslich gemachten Tannin-Eiweissverbindung, ausgegangen. Analog dem Tannalbuminat lässt sich durch Fällung einer Somatoselösung mit Tannin eine Tanninalbumose mit durchschnittlich 50—60 Proc. Tanningehalt gewinnen, welche im Wesentlichen dieselben chemischen und pharmakodynamischen Eigenschaften besitzt, wie jenes. In Wasser und künstlichem Magensaft ist diese Verbindung so gut wie unlöslich, in alkalischen Flüssigkeiten löst sie sich leichter als das Tannalbin und sie besitzt desshalb — wie ich mich auch durch Versuche an

[1]) Berl. klin. Wochenschr. 1897, No. 26.
[2]) Farbenfabriken vorm. Fr. Bayer & Cie. in Elberfeld.

Kranken habe überzeugen können — als Stypticum keine Vorzüge vor diesem.

Bei der tanninhaltigen Somatose nun ist es auf eine styptische Wirkung nicht in erster Linie abgesehen. Der geringe Tanningehalt von 5 Proc. soll nur dazu dienen, event. reizende Eigenschaften der Milch-Somatose zu paralysiren, sie in ein leicht adstringirendes Nährpräparat zu verwandeln, das bei Kindern und Patienten mit geschwächten Verdauungsorganen mit Vortheil gebraucht werden kann. Das Präparat wird nach einem von Dr. Eichengrün ausgearbeiteten Verfahren gewonnen, und man kann sich leicht davon überzeugen, dass es sämmtliches Tannin in chemischer Bindung enthält[3]).

Das so dargestellte Präparat wurde der medicinischen Klinik und Poliklinik zu Bonn in grösseren Quantitäten zur Verfügung gestellt und ist von mir an einer Anzahl geeigneter Patienten geprüft worden. Das Präparat ist dem äusseren Ansehen nach von der im Handel befindlichen Fleisch-Somatose nicht zu unterscheiden. Es löst sich glatt und vollständig in heissem Wasser. Seine Lösung ist ein wenig dunkler, aber im Geschmack nicht verschieden von der einfachen Milch-Somatose. Von Gesunden kann es selbst in sehr beträchtlicher Dosis (ca. 50 g pro die) ohne irgend welche Nebenwirkungen auf den Darm längere Zeit genommen werden. Bei Manchen stellt sich nach fortgesetztem Gebrauch Widerwille ein, wenn nicht für passende Abwechslung in der Verordnungsweise gesorgt wird. Als zweckmässig hat sich erwiesen, etwa 1—2 Theelöffel des Präparates in heissem Wasser gelöst und mit etwas Fleischextract versetzt als Bouillon zu geben.

Das hauptsächliche Wirkungsgebiet der tanninhaltigen Somatose sind die verschiedenen chronischen Erkrankungen des Verdauungstractus, und zwar in erster Linie die auf atonische Zustände der Magendarmmusculatur zurückzuführenden Verdauungsstörungen bei Enteroptose und Anaemien. Wie bekannt, pflegen solche Patienten ausserordentlich empfindlich selbst gegen kleine Diätfehler zu sein. Appetitlosigkeit, Völle, Aufstossen, Blähungen mit Kollern und Leibschmerzen, Verstopfung und Durchfälle wechseln mit einander fast beständig ab, und die verschiedenen Arzneimittel bewirken in der Regel eher Verschlimmerung als Besserung. Bei Gebrauch von täglich 3 Theelöffel tanninhaltiger Somatose habe ich hier ausnahmslos gute Erfolge gesehen, derart, dass sich vor Allem der Stuhlgang regelte, womit gewöhnlich die übrigen Beschwerden gleichzeitig erheblich nachliessen. Diese Regelung des Stuhlganges trat besonders dann ein, wenn Neigung zu Durchfällen bestand, sie zeigte sich aber bemerkenswerther Weise auch bei bestehender Hartleibigkeit, wenn geringe Dosen längere Zeit genommen waren.

Bei chronischen Enteritiden katarrhalischer Natur konnte neben der Aufbesserung der motorischen Darmthätigkeit wiederholt eine günstige Beeinflussung der pathologischen Schleimabsonderung constatirt werden. Namentlich seien hier 3 Fälle von membranöser Enteritis und 1 Fall von Colica mucosa erwähnt, bei denen unter Gebrauch des Präparates der Stuhlgang innerhalb kurzer Zeit normale Beschaffenheit annahm, obwohl die Patienten (wenigstens die 3 erstgenannten) vorher mit verschiedenen therapeutischen Methoden längere Zeit ohne wesentlichen Erfolg behandelt worden waren.

Als ein erfolgreiches adstringirendes Nährpräparat hat sich ferner die tanninhaltige Somatose bei den auf tuberculöser Grundlage beruhenden Enteritiden bewährt, sofern dieselben noch nicht allzuweit vorgeschritten waren. Gerade hier ist ein Präparat von Werth, das, selbst reizlos, bestehende Reizzustände beseitigen hilft. Bei leichteren tuberculösen Durchfällen macht sich diese adstringirende Eigenschaft schon in der gewöhnlichen Gabe bemerkbar, bei schwereren nur, wenn man die Gabe beträchtlich erhöht, bis etwa auf 3 Esslöffel pro Tag (= ca. 40 g). Dem Gebrauch solcher Dosen steht a priori nichts im Wege. Einer meiner Patienten verbrauchte innerhalb zwei Tage 100 g ohne jede Belästigung. In der Praxis pflegt indess der indifferente Geschmack dem dauernden Gebrauche derartiger Mengen eine Grenze zu setzen. Es ist desshalb rathsamer, bei hartnäckigen Durchfällen neben dem Präparate die gebräuchlichen Styptica in kleinen Dosen nehmen zu lassen.

Ausschliesslich zu styptischen Zwecken soll man die tanninhaltige Somatose wegen ihres geringen Tanningehaltes nach meinen Erfahrungen überhaupt nicht anwenden. Insbesondere bei acuten Darmkatarrhen ist sie wirkungslos, ebenso bei heftigen Diarrhöen chronischer Art, namentlich bei solchen, die auf nervöser Basis oder im Gefolge chronischer Nephritis auftreten. Es hindert das aber nicht die Anwendung (event. neben styptischen Arzneimitteln) in solchen Fällen, wo gleichzeitig die Hebung der Gesammternährung indicirt ist. Ausser den bereits besprochenen Zuständen kommen in dieser Hinsicht noch in Betracht: der Typhus und die chronischen, mit Störungen der Darmthätigkeit einhergehenden Zahnkrankheiten der Kinder.

Bei Typhus abdominalis ist die tanninhaltige Somatose bisher in 15 Fällen systematisch verabreicht worden. Abgesehen von 2 Fällen, in denen sie erbrochen wurde, wurde sie auch auf der Höhe der Erkrankung stets gut vertragen, und zwar selbst in Dosen von 3 Esslöffeln täglich. Es liess sich dabei in den meisten Fällen eine mässige Abnahme der Durchfälle constatiren; Verstopfung trat nur einmal während der Reconvalescenz auf und verschwand sofort, nachdem die Dosis herabgesetzt war. Keiner der so behandelten Fälle bekam Darmblutung, obwohl einzelne vor der Anwendung des Präparates bereits blutige Stuhlgänge gehabt hatten. Es wäre selbstverständlich verkehrt, dieses Factum der adstringirenden Wirkung des Präparates zuschreiben zu wollen. Immerhin erscheint es mir bemerkenswerth, insoferne es die absolute Reizlosigkeit desselben darthut.

Von den Zahnkrankheiten der Kinder ist namentlich die Rachitis, bei der Diarrhöen bekanntlich eine häufige Complication bilden, ein geeignetes Feld für den Gebrauch der tanninhaltigen Somatose. Gute Erfolge wurden besonders bei gleichzeitiger Behandlung mit Phosphor-Leberthran gesehen. Ueber andere Darmkrankheiten der Kinder fehlen mir vorläufig noch ausgedehntere Erfahrungen, doch lässt das Präparat auch hier, wenn es nur mit richtiger Indication gebraucht wird, Erfolg erwarten[4]).

Fasse ich mein Urtheil über die tanninhaltige (Milch-) Somatose zusammen, so hat sie sich, den Voraussetzungen ihrer Darstellung entsprechend, als ein reizloses, leicht adstringirendes Nährpräparat bei Patienten mit geschwächten resp. erkrankten Verdauungsorganen gut bewährt. Ihre Anwendbarkeit bei Typhuskranken ist ebenfalls von nicht zu unterschätzendem Werthe. In wie weit neben dem Tanningehalt die Gewinnung des Präparates aus dem Caseïn der Milch an den günstigen Erfolgen betheiligt ist, muss dahingestellt bleiben. Es ist sehr wohl denkbar, dass das Ausgangsmaterial die Verdaulichkeit des Präparates beeinflusst. Für die Milch-Somatose ist gegenüber der Fleisch-Somatose bisher nur ein geringerer Salzgehalt festgestellt.

Aus der chirurgischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses zu Karlsruhe.

Subcutane Milzruptur, Milzexstirpation, Heilung.

Von Prof. Dr. *Bernhard v. Beck.*

Hundertundsechzig Fälle von Milzexstirpationen sind bis zur Zeit in der Literatur verzeichnet, meist vorgenommen wegen Hypertrophie der Milz idiopathischer Art oder nach Malaria ferner wegen Wandermilz, in geringerer Anzahl wegen Leukaemie, Milzcysten, Ecchinococcus der Milz und Milztumoren. 89 Proc. Mortalität ist berechnet worden für die Splenectomie bei Leukaemie, 36 Proc. für die der übrigen genannten Formen. Von Verletzungen der Milz mit gleichzeitigem Prolaps durch Hautweichtheilwunden sind 28 Fälle einer chirurgischen Behandlung unterzogen worden, theils bestehend in Resection, theils in Exstirpation; die Erfolge waren günstige.

---

[3]) Somatose ist in Alkohol unlöslich, Tannin löslich. Durch Auskochen des Präparates mit abs. Alkohol wird dem vorliegenden Präparat kein Tannin entzogen. (Dr. Eichengrün.)

[4]) Weiteres hierüber wird in der Dissertation des Herrn cand. med. Oberländer mitgetheilt werden.

Von subcutanen Milzrupturen aber mit nachfolgender Laparosplenectomie sind nur 6 Fälle bekannt (J. Croft 2; Lane 2; Trendelenburg 1; Riegner 1). Und von diesen 6 sind 5 Fälle bald nach der Operation gestorben, nur der Fall von Riegner ist genesen, und dieser unter schweren Complicationen. Ein Fall von Milzruptur, bei dem Lamarchia die Laparotomie ausführte, eine Milzwundnaht anlegte, ging an Verblutung zu Grund.

Es dürfte nun von Interesse sein, folgenden Fall von subcutaner Milzruptur mit in Heilung ausgegangener Laparosplenectomie zu vernehmen.

M. H., 19jähriger Kutscher von Karlsruhe, fiel am 15. Juni 1897 beim Kutschiren von dem Wagenbock herab und wurde von dem circa acht Centner schweren Wagen überfahren. Das rechte Vorder- und Hinterrad des Wagens sollen quer über den Bauch des Verunglückten gegangen sein. Es trat vorübergehende Bewusstlosigkeit auf, öfteres und starkes Erbrechen. Der Unfall geschah bei Langensteinbach, 17 Kilometer von Karlsruhe entfernt. Der Verunglückte wurde auf einem Wagen nach Karlsruhe gebracht und kam Abends ½9 Uhr zur Aufnahme in das städt. Krankenhaus, woselbst ich den Patienten gegen 9 Uhr sah.

Der schwächlich aussehende junge Mann war hochgradig anaemisch, im Stadium des Collapses liegend, Puls 140, Extremitäten kühl, Athmung oberflächlich; Neigung zu Erbrechen, kein Abgang von Flatus oder Stuhl, Retentio urinae; mit dem Katheter wird klarer Urin entleert.

Abdomen ziemlich stark aufgetrieben, Leberdämpfung verkleinert, Hochstand des Zwerchfells. Die abhängigen Partien des Abdomens, Hypogastrien und Lumbalgegenden handbreit gedämpft, in der Milzgegend und linkem Hypochondrium eine gut handbreite Dämpfungszone. Betastung des ganzen Abdomens sehr schmerzhaft; quer über die Oberbauchgegend hinziehend einige Hautabschürfungen.

Die Diagnose lautete auf profuse intraperitoneale Blutung, bedingt durch Milzruptur.

Gegen die bestehende Anaemie wurde sofort eine intravenöse Kochsalztransfusion von 500 ccm vorgenommen und dann die Laparotomie angeschlossen und zwar in Morphium-Chloroformnarkose. Medianer Bauchschnitt; Bauchraum mit flüssigem Blut angefüllt, von dem 700 ccm ausgeschöpft werden. In der linken Lumbalgegend, über der Flexura coli sinistra, über dem Magenfundus bis hinauf in die linksseitige Zwerchfellkuppe reichend, dicke Blutgerinnsel, die Milz umhüllend. Leber und Därme intact. Nach Entfernung der Blutcoagula, deren Menge 500 ccm beträgt, kommt die ziemlich stark blutende Milz zum Vorschein, deren concave Seite dicht am Hilus an der Grenze vom oberen zum mittleren Drittel eine über die ganze Milzbreite querverlaufende, fast die ganze Dicke der Milz durchsetzende Risswunde zeigt. An der convexen Seite mehrere Einrisse fühlbar.

Zur besseren Freilegung der Milz wird zum medianen Bauchschnitt noch ein linksseitiger hypochondraler Querschnitt geführt; darauf vorsichtige Isolirung der Milz, Ligatur der Hilusgefässe mit Seide, Abtragung der Milz. Auswaschung der Peritonealhöhle mit Kochsalzlösung, Schluss der Bauchwunde mit Seidenknopfnaht. Die Transfusionscanüle war während der Operation aus der Vena basilica dextr. nicht entfernt worden, um beim Nachlassen des Pulses wieder weiter transfundiren zu können. Als mit dem Schluss der Operation der Puls sich etwas schwächer zeigte, wurde nochmals Kochsalzlösung transfundirt in einer Menge von 200 ccm.

Die exstirpirte Milz war 15 cm lang, 8 cm breit, 4 cm dick, zeigte auf der concaven Seite die schon geschilderte quere tiefe Risswunde, auf der convexen Seite am oberen Pol eine fünfmarkstückgrossen Contusionsherd, im mittleren Drittel eine schräg verlaufende, 5 cm lange Risswunde, im unteren Drittel am vorderen Milzrand zwei ungefähr 2 cm tiefe Einrisse. Der Heilverlauf war ein fieberloser. In den ersten Tagen bestand ziemlich starke Bronchitis. Nur langsame Erholung von der schweren Anaemie. An der Wundnaht bestand beschränkte Randnekrose an der Berührungsstelle des medianen und queren Bauchschnittes. Vier Wochen nach Operation Aufstehen. Zehn Wochen nach dem Unfall mit Bauchbandage geheilt nach Hause entlassen. —

Die Diagnose Milzruptur in diesem Falle wurde gestellt einmal aus der Art und Weise der Einwirkung des Traumas, dann aus den Zeichen der profusen abdominellen Blutung in Gestalt der hochgradigen Anaemie und aus dem abdominalen Percussionsbefund, der in der Milzgegend eine wesentlich verbreiterte Dämpfungszone aufwies.

Die Therapie, sollte sie eine rationelle sein, durfte nur in der Eröffnung der Bauchhöhle und Versuch der Stillung der lebensgefährlichen Blutung bestehen. Bei der vorhandenen ausgedehnten, mehrfachen Milzruptur konnte nur allein die Milzexstirpation die Blutung zum Stillstand bringen, eine Milznaht wäre zeitraubend und allzu unzuverlässig gewesen. Einen wesentlichen Factor für die glückliche Ueberstehung der Operation bei dem vorhandenen collabirten Zustand bildete die direct vor der Operation intravenös ausgeführte Kochsalztransfusion, die einen theilweisen Ersatz bot für das schon vergossene Blut, besonders aber auch für das Blut, welches während der Operation noch in Verlust gerieth. Schon einmal hat mir in ähnlichem Falle, — Stichverletzung der Leber und des Magens mit profuser intraperitonealer Blutung[1]) — die direct vor der Operation ausgeführte Kochsalztransfusion den Heilerfolg miterringen helfen.

Der Verlauf der Genesung war langsam in Bezug auf das Schwinden der Anaemie. Einige Tage nach der Verletzung und Operation war der Haemoglobingehalt des Blutes 25 Proc. und stieg erst im Verlauf von vier Wochen auf 50 Proc. und jetzt, nach Ablauf von vier Monaten nach der Verletzung, hat Patient einen Haemoglobingehalt von 85 Proc. erreicht.

Die Zahl der rothen Blutkörperchen betrug in den ersten Tagen 2 500 000—3 000 000. Die weissen Blutkörperchen erschienen leicht vermehrt bis sechs Wochen nach der Verletzung und war das Verhältniss zwischen weissen und rothen Blutkörperchen 1 : 200 bis 1 : 260.

Zur Zeit (Octob. 97) ist die Zahl der rothen Blutkörperchen auf 4 600 000 gestiegen, das Verhältniss zwischen rothen und weissen Blutkörperchen beträgt 1 : 300 bis 1 : 350.

Lymphdrüsenschwellungen, Vergrösserung der Schilddrüse wurden nie an dem Patienten wahrgenommen. Deutliche leukaemische Erscheinungen sind infolge der Milzexstirpation in vorliegendem Falle nicht zum Vorschein gekommen; die Verminderung der Anzahl der rothen Blutkörperchen und der Tiefstand des Haemoglobingehaltes mit gleichzeitiger geringgradiger Häufung der weissen Blutkörperchen waren directe Folgen der starken traumatischen Anaemie. Der durch die Operation bedingte Ausfall der Milz bewirkte wohl nur die Verlangsamung der Blutregeneration.

Ueber die Phagocytentheorie.*)

Von *H. Buchner.*

Eine Theorie, die so grosses und berechtigtes Aufsehen erregt und so allgemeine Verbreitung gefunden hat, wie die Phagocytentheorie, muss sich auch viel Kritik gefallen lassen. Nun habe ich zwar von dieser schon früher wiederholt Gebrauch gemacht, sehe mich aber neuerdings zu einigen Bemerkungen veranlasst, nachdem in den letzten Jahren Thatsachen gefunden wurden, die unser Urtheil über die genannte Theorie entschieden beeinflussen. Hierauf gestützt glaube ich zeigen zu können, dass der Urheber jener Theorie, der geniale Zoologe und Bacteriologe Metschnikoff mehr seiner subjectiven Ansicht als einer wissenschaftlich beweisbaren Ueberzeugung folgt, wenn er trotzdem an der ausschlaggebenden Bedeutung der Phagocytose für die natürliche sowohl als für die künstlich erzeugte oder erworbene Immunität festhält, wie dies erst kürzlich in einer, im Handbuch der Hygiene von Th. Weyl erschienenen Abhandlung[1]) geschehen ist.

Um meine Stellung zur Phagocytentheorie zu beleuchten, darf ich vielleicht zunächst an einen Vortrag erinnern, den ich vor 9 Jahren in Ihrem Kreise gehalten habe. Damals wurde die Phagocytentheorie von mir als «eine der grössten Bereicherungen unseres morphologischen und physiologischen Wissens über die infectiösen Vorgänge» bezeichnet, als eine Theorie, «die allein der bis dahin völlig vernachlässigten activen Betheiligung gewisser Zellen des Organismus an der Bekämpfung der Infection Gerechtigkeit widerfahren lässt», als eine Theorie endlich, «die allein uns eine Vorstellung gibt von der Bedeutung der Auswanderung und Einwanderung leukocytärer und anderer zelliger Elemente in entzündlich gereizte, von Infectionsgefahr bedrohte Organtheile, deren phylogenetische Bedeutung und Zweckmässigkeit uns bis dahin völlig verschlossen blieb.»[2])

---

[1]) Deutsche Medic. Wochenschr. 1894 Nr. 39.

*) Vortrag, gehalten im Aerzlichen Verein München.

[1]) «Immunität». Bearbeitet von E. Metschnikoff 32. Lieferung des Handbuchs der Hygiene von Dr. Th. Weyl. Jena. G. Fischer 1897.

[2]) «Immunität und Immunisirung». Vortrag im Aerztlichen Verein am 21. Nov. 1888. Diese Wochenschr. 1889 Nr. 2 und 3.

Eine Voreingenommenheit gegen die Phagocytentheorie wird man aus diesen Aeusserungen schwerlich herauslesen können, und ich kann hinzufügen, dass die Vorzüge, die damals jener Theorie von mir nachgerühmt wurden, meiner Meinung nach bis heute sich auch bewährt haben.

Freilich war schon damals klar, dass auch wichtige Einschränkungen geboten seien. Etwas ganz Anderes sei, so sagte ich, «die weitere Frage, ob durch die fressende Thätigkeit der Phagocyten allein die Heilung infectiöser Processe oder die Immunität eines Organismus gegen specifische Infectionen bedingt sein kann und bedingt ist?» — und ich erklärte, dass ich das für unmöglich halte. Zu jener Zeit hatten nämlich die Forschungen über die bacterienfeindlichen Wirkungen des normalen Blutes bereits begonnen, und bald wurde auch festgestellt, dass diese schützenden Eigenschaften schon dem vollkommen zellfreien Blutserum zukommen.

Metschnikoff äusserte damals in einem kritischen Referat die Ansicht, es möchten diese bactericiden Wirkungen der zellfreien Säfte wohl lediglich auf die Concentrationsdifferenzen zu beziehen sein, zwischen Blut resp. Serum und anderseits der Nährlösung, in der sich die Bacterien vorher befunden hatten. Und im folgenden Jahre liess er durch seinen Schüler Haffkin Versuche veröffentlichen, welche im gleichen Sinne zeigen sollten, dass z. B. Typhusbacillen ungemein empfindlich seien gegen Aenderungen des umgebenden Mediums.

Nun, meine Herren, dieser Einwand war natürlich nicht haltbar, nachdem bereits feststand, dass auf 55 ° erwärmtes, also, wie wir sagen, inactivirtes Serum eben gar keine bacterienfeindlichen Wirkungen mehr ausübt, obwohl dessen Concentration ganz die nämliche ist, wie diejenige des nicht erwärmten, activen Serums. Und ferner konnte durch besondere Versuche gezeigt werden, dass die Idee vom schädigenden Einfluss der Concentrationsdifferenzen bei Bacterien überhaupt eine Fabel ist, da selbst Milzbrandbacterien, die direct dem Blut eines milzbrandigen Meerschweinchens entnommen waren, beim Uebertragen in eine ganz anders zusammengesetzte Lösung, z. B. eine 10 proc. Rohrzuckerlösung keine Abnahme, sondern sofortige Vermehrung erkennen liessen. [3])

Die Phagocytentheorie musste sich also mit der unbequemen Thatsache der bactericiden Wirksamkeit zellfreier Körpersäfte abfinden, und sie hat dies gethan. Denn heutzutage zweifelt ihr Hauptvertreter, wie aus seiner neuesten Publication hervorgeht, längst nicht mehr an der Existenz jener Wirkungen. Aber, so heisst es, unmöglich könne «die rein humorale Theorie der bactericiden Wirkung der Körpersäfte zur Erklärung der natürlichen Immunität bei Infectionskrankheiten genügen.» Und darin hat Metschnikoff vollkommen Recht.

Ich bin mir auch nicht bewusst, jemals eine «Alexintheorie» aufgestellt zu haben in dem Sinne, als ob die Alexine, jene gelösten bacterienfeindlichen Substanzen der Körpersäfte, so wie wir sie im frisch entzogenen Blut und Serum unmittelbar nachweisen können, allein als ausreichende Ursache der natürlichen Widerstandsfähigkeit gelten sollten. Denn dies hiesse ebenso einseitig sein, als wenn wir umgekehrt die Phagocytose als ausschliessliche Ursache betrachten wollten. Aber es kam eben noch etwas Weiteres hinzu.

Es zeigte sich nämlich, dass die bactericide Kraft des Blutes bei der nämlichen Species, ja selbst beim gleichen Thier keine constante Grösse ist, sondern grossen Schwankungen unterliegt, theils Verminderung, theils aber auch beträchtliche Steigerung erfahren kann. Diese Entdeckung beseitigte einen grossen Theil der vorhandenen Schwierigkeiten.

Eine solche Schwierigkeit war beispielsweise beim Milzbrand des Hundes vorgelegen. Während bekanntlich ausgewachsene Hunde gegen Milzbrand als nahezu völlig unempfänglich betrachtet werden müssen, so zeigt doch das Hundeblut keinen besonders kräftigen abtödtenden Einfluss auf Milzbrandbacillen, es wirkt kaum stärker als Kaninchenblut. Der Widerspruch, der hierin liegt, wurde nun aufgeklärt, zunächst durch die Forschungen des Belgiers Denys, der gemeinschaftlich mit seinem Schüler A. Kaisin den wichtigen Nachweis lieferte, dass die von vorneherein schwachen bactericiden Leistungen des Hundeblutes schon bald nach Einbringung von Milzbrandbacillen in den Organismus des Hundes ganz gewaltig ansteigen. Um die bactericide Leistung des Blutes irgend einer Species richtig zu beurtheilen, müsse man, so sagen diese Forscher, dieselbe nicht nur im Zustand der vollen Gesundheit erproben, sondern während des Verlaufes einer Infection. So wenig man den Ausgang einer Schlacht von vorneherein bestimmen kann nach dem Aufgebot der Kräfte, die im ersten Beginn in Action treten, ebenso muss man, um die Resistenz eines Organismus, seine «Schlagfertigkeit» bewerthen zu können, auch die Reservekräfte kennen, über die er verfügt. Dass man dies unterliess, das habe zu der irrigen Annahme geführt, als ob der Organismus des Kaninchens und jener des Hundes sich gegen den Milzbrandbacillus gleich verhielten. Treffend könne man das Kaninchen einem Soldaten vergleichen, der seine Munition schon vor dem Beginn des Kampfes verschossen hat, während der Hund einem Soldaten gleicht, der genügende Hilfsmittel besitzt, um schliesslich über seine Feinde zu triumphiren.

Denys zeigte dann aber in einer Reihe gemeinsam mit Havet unternommener Untersuchungen die weitere wichtige Thatsache, dass die gesteigerte bactericide Leistung des Hundeblutes mit seinem Reichthum an Leukocyten in Zusammenhang steht. Im Stadium der Hypoleukocytose fand sich dieselbe vermindert, in demjenigen der Hyperleukocytose aber erhöht. Leukocytenhaltige Pleuraexsudate ferner, welche sie künstlich erzeugten, äusserten eine starke bactericide Wirksamkeit, die von dem Gehalt an Leukocyten sich direct abhängig erwies.

Die Bedeutung dieser Versuche litt nur durch den Umstand, dass Denys und Havet die Wirkung der Leukocyten immer noch an den Act der Phagocytose sich gebunden dachten, während Hankin, Kanthack und Hardy bereits darauf hingewiesen hatten, dass eine Schutzleistung dieser Zellen auch auf anderem Wege und zwar durch Secretion bactericider Substanzen, der nämlichen Alexine, wie sie im bactericiden Serum vorkommen, entstehend gedacht werden könne. Die Versuche der genannten Autoren waren jedoch zum Beweise dieses Verhältnisses ungenügend, so dass ich mich veranlasst sah, gemeinschaftlich mit den Herren M. Kolb und K. Schuster diese Frage experimentell in Angriff zu nehmen, worüber ich Ihnen hier zuerst im Mai 1894 Mittheilung machen konnte. Wir erzeugten ebenfalls leukocytenreiche Pleuraexsudate, jedoch abweichend von Denys und Havet nicht durch Injection von Bacterien, sondern durch Injection von sterilem Weizenkleber, richtiger Aleuronatemulsion, und bedienten uns dann des Kunstgriffes, die Lebensthätigkeit der Leukocyten durch Eingefrieren und Wiederaufthauen der Exsudate auszuschalten. Hätte die gesteigerte Wirksamkeit der Exsudate nur auf dem Fressen beruht, so hätte dieselbe jetzt ausbleiben müssen. Das war aber nicht der Fall, sondern die Exsudate behielten trotz dem Gefrieren ihre erhöhte Activität im Vergleich zu Blut und Serum des gleichen Thieres.

War durch diese Ergebnisse das Vorkommen bactericider Stoffe in den Leukocyten wahrscheinlich gemacht, so brachten die Untersuchungen von M. Hahn positive Beweise hiefür. Ausserdem aber ergaben dieselben, dass zum Wirksamwerden dieser Stoffe ausserhalb der Zelle nicht ein Zerfall der letzteren erforderlich sei, sondern dass es sich um Ausscheidungsproducte der Leukocyten in vivo handeln müsse. Das Gleiche bewies dann mit etwas abgeänderten Methoden A Schattenfroh im hygienischen Institut in Wien, während in neuester Zeit auch aus dem hygienischen Institut von Hüppe in Prag durch O. Bail Resultate vorliegen, welche die Existenz bactericider Ausscheidungen von Seite der Leukocyten bekräftigen. Als Reizmittel, um diese Ausscheidung zu erzielen, wurde hier das nach van de Velde, einem Schüler von Denys, aus Staphylococcen gewonnene «Leukocidin» mit Erfolg benützt, so dass der ganze Zusammenhang jetzt etwa in der Weise zu denken wäre: Unter dem Einfluss gewisser bacterieller Stoffe, die als Reizmittel wirken, kommt es nicht nur zur Anlockung und Ansammlung von Leukocyten in den Körpersäften, sondern auch zur Ausscheidung bactericider Substanzen aus diesen Zellen. Die von Denys und seinen

[3]) Centralbl. f. Bacter. VIII. Bd. 1890. No. 3.

Schülern, dann von Pawlowsky, von Löwy und Richter, von P. Jacob und besonders von M. Hahn auch für den Menschen bewiesene erhöhte bactericide Leistung des hyperleukocytotischen Blutes würde auf diese Weise ihre ungezwungene Erklärung finden.

Auf die näheren Fragen, um welche Sorten von Leukocyten, um welche Art von Hyperleukocytose es sich dabei handelt u. s. w., können wir hier nicht weiter eingehen. Ebensowenig auf die Autoren, die sich sonst in neuerer Zeit um die Kenntniss der Beziehungen der Leukocyten zu den hier behandelten Fragen Verdienste erworben haben, wie Goldscheider, Löwit u. A.

Nun sollte man meinen, dass Metschnikoff, der ja auf dem Standpunkt der Phagocytose in exclusiver Weise stehen geblieben ist, diese neueren Ergebnisse über Ausscheidung bactericider Substanzen aus dem Innern der Leukocyten bekämpfen oder mindestens bezweifeln würde. Denn, falls diese Ausscheidungen existiren, dann müssen die in der Nähe der Leukocyten befindlichen Infectionserreger von den ausgeschiedenen Alexinen in erster Linie getroffen und geschädigt werden, während dann offenbar das Auffressen, wenn es überhaupt erfolgt, erst einen secundären, weniger wichtigen Vorgang darstellt.

Merkwürdiger Weise führt aber Metschnikoff in seiner neuesten Mittheilung (a. a. O. S. 16) selbst an, dass sein Assistent Bordet in seinem Laboratorium in mehreren Versuchsreihen die Ausscheidung bactericider Stoffe von Seite der Leukocyten in's Serum ebenfalls nachgewiesen habe und fügt hinzu: «Die Thatsache, dass eine gewisse Uebereinstimmung zwischen der bacterientödtenden Wirkung des Blutes und der Leukocytenmenge besteht, kann somit als bestehend angenommen werden.» Und an einer andern Stelle sagt er: «Die Phagocyten besitzen fertige mikrobicide Stoffe oder bilden solche je nach Bedarf, erst nach dem Auffressen der Mikroben. Bei dem Zugrundegehen der Phagocyten, wie es bei der Blutentnahme oder bei den Einspritzungen in die serösen Höhlen reichlich stattfindet, wird ein Theil dieser bactericiden Stoffe nach aussen entleert, und diese sind es, welche einen grossen Theil der Alexine der Sera repräsentiren.»

Metschnikoff scheint demnach noch daran festhalten zu wollen, dass die Alexine nur beim Zerfall der Leukocyten in's Blut gelangen, nicht als Secretionsproduct der lebenden Zellen, eine Auffassung, die zwar Angesichts der entgegenstehenden Resultate von M. Hahn, Schattenfroh und Bail nicht mehr haltbar ist, die aber immerhin die nunmehr bestehende Uebereinstimmung in Bezug auf die wesentlichen thatsächlichen Verhältnisse nicht mehr aufzuheben vermag.

Da muss man sich denn billig verwundern, wie Metschnikoff unter diesen Umständen dazu kommt, seine einseitige Betonung der Fressthätigkeit als entscheidendes Moment immer noch aufrecht zu halten. Nach unserer Ueberzeugung hängt das — obwohl Metschnikoff am Schluss seiner neuesten Abhandlung sich auf die «Sensibilität des Protoplasmas» beruft — mit einer Unterschätzung eben gerade dieser Sensibilität zusammen.

Prüft man nämlich die Fressthätigkeit der Leukocyten gegenüber den verschiedenartigen Mikroorganismen experimentell, so sieht man, dass dieselbe ungemein prompt einsetzt bei recht harmlosen Mikroorganismen, dagegen verspätet bei weniger harmlosen, und dass sie ganz ausbleibt bei gefährlichen Mikroben. So hat A. Schattenfroh derartige Untersuchungen im hiesigen hygienischen Institut ausgeführt, wobei zunächst lebende Hefezellen in die Bauchhöhle von Thieren eingeführt wurden. Da zeigte sich denn, dass diese Hefezellen rasch von Phagocyten gefressen wurden und in deren Innerem zu Grunde gingen. Hier bewährten sich demnach die Phagocyten als heldenmüthige Kämpfer; aber dieser Muth war eigentlich in diesem Falle sehr überflüssig, da die harmlosen Hefezellen im Säugethierkörper auch ohne Phagocytose nicht gedeihen können und nach einiger Zeit an Nahrungsmangel zu Grunde gehen müssten. Wurden dagegen andere Mikroorganismen den Leukocyten dargeboten, z. B. nur säurebildende Bacterien, dann war das Resultat bezüglich Phagocytose bereits ein negatives. Schon die blosse Säurebildung genügte also, um die Phagocyten von den Bacterien fern zu halten, und das ist begreiflich, da, wie wir längst wissen, nicht nur eine positive, sondern auch eine negative Chemotaxis bei diesen beweglichen Zellen existirt. Wenn aber der betreffende Infectionserreger gar durch Giftbildung oder überhaupt durch energische Infectiosität sich auszeichnet, dann lehrt eben die Erfahrung, dass die Phagocyten seine Begegnung wohlweislich vermeiden. Hat doch Metschnikoff selbst den Satz aufgestellt: «Je virulenter ein Mikroorganismus ist, umso seltener ist seine Anwesenheit in Phagocyten.» Also gerade dann, wenn der Phagocytismus am nöthigsten wäre, dann versagt er; wogegen die Alexine der Körpersäfte unter allen Umständen je nach ihrer Quantität zur Wirkung kommen, eventuell ferner die bactericiden Ausscheidungen der Leukocyten in Action treten können auch dann, wenn ein Fressen nicht möglich ist. Letzteres scheint beispielsweise der Fall bei den interessanten Versuchen Ribbert's über Heilungsvorgänge bei Staphylococcen-Infectionen, wobei die Wallbildung der Leukocyten, aber ohne Phagocytose, eine entscheidende Rolle spielt.

Metschnikoff hat sich von jeher darauf berufen, dass die Phagocytose ausserordentlich weit verbreitet ist und sich regelmässig gerade da einstellt, wo die Infection für den Organismus eine günstige Wendung nimmt, d. h. in einem wenig empfänglichen Thierkörper oder bei abgeschwächten Infectionserregern, während sie fehlt oder zurücktritt bei rasch siegreichem Verlauf der Infection. Dieser Sachverhalt ist durchaus nicht zu bestreiten, und ich habe nie daran gezweifelt, Angesichts der ausserordentlich reichen Zahl von Beobachtungen über Phagocytose bei den allerverschiedensten Infectionsprocessen, die von Metschnikoff und seiner Schule längst angesammelt worden sind. Allein trotzdem ist klar, dass ein Schluss über den Causalzusammenhang aus diesen Beobachtungen an sich nicht entnommen werden kann, und dass die Gefahr einer Verwechselung des post hoc mit dem propter hoc sehr nahe liegt, wenn man nicht die Gesammtheit unserer Kenntnisse zu Rathe zieht. Diese aber zwingen uns unweigerlich zu einer anderen causalen Auffassung des Hergangs, als sie von Metschnikoff gegeben wird: Die Heilung tritt nicht desshalb ein, weil die Phagocyten fressend ihre Schuldigkeit thun, sondern umgekehrt ist das eintretende Fressen nur ein prognostisches Anzeichen, ein Symptom, nur der mikroskopische Ausdruck der beginnenden Heilung.

Schon wiederholt im Laufe der Jahre habe ich hervorgehoben, dass das Fressen gar nicht als ein eigentliches Kampfphänomen aufgefasst werden darf. Metschnikoff selbst und ausserdem Kowalewsky, van Rees und andere Zoologen haben dargethan, dass die Leukocyten bei physiologischen Resorptionsvorgängen z. B. bei dem Schwund des Ruderschwanzes der Batrachierlarven, bei der Metamorphose der Dipteren und den dabei stattfindenden Reductionsprocessen verschiedener Organe in hohem Grade, und zwar als Phagocyten betheiligt sind. Hievon ausgehend prüfte ich die Frage, welche Stoffe denn überhaupt die chemische Sensibilität der Leukocyten erregen, und fand, dass dies keineswegs etwa nur Bacterien oder bacterielle Producte sind, sondern dass ganz harmlose Substanzen, wie Weizenkleber, Legumin, Alkalialbuminat aus Muskel, Leber oder Niere u. s. w. als kräftige Lockreize auf Leukocyten wirken können. Im Wesentlichen handelt es sich also um einen Ernährungsprozess für die Leukocyten, und das ist auch die ursprüngliche Auffassung von Metschnikoff. Er nimmt aber an, dass diese uralte Function der intracellularen Nahrungsaufnahme mit der Zeit in eine Abwehrfunction umgewandelt worden sei, und gerade das ist es, was ich bestreite.

Ich habe mir den Zusammenhang seit lange so vorgestellt, dass unter dem Einfluss schädigender Momente, theils durch bereits vorgebildete Alexine der Körpersäfte, theils durch solche, welche die Secretionsthätigkeit der Leukocyten erst an Ort und Stelle liefert, die Bacterien zur Ausscheidung von Theilen ihres plasmatischen Zellinhalts gezwungen werden. Solche Ausscheidungen sind bei niederen Pilzen, sobald sie in ungünstige Lebensbedingungen gerathen, eine regelmässige Erscheinung. Die ausgeschiedenen plasmatischen Stoffe, gleichviel ob dieselben von lebenden oder von bereits abgetödteten Pilzzellen abstammen, wirken als Lockreiz auf die Phagocyten und dem entspricht dann das Aufgefressenwerden. Aber vorher geht dem letzteren nach meiner Auffassung immer eine Schädigung durch gelöste, eventuell von den Leukocyten selbst ausgeschiedene Substanzen voraus, welche

zwar nicht immer sofort zur Abtödtung des Infectionserregers zu führen braucht, aber dessen Chemismus, soweit derselbe gifterzeugend oder sonst nachtheilig auf den Organismus und dessen Zellen einwirkt, zu lähmen vermag. Der so in seiner chemischen Leistungsfähigkeit — zunächst vielleicht nur vorübergehend — herabgeminderte Mikroorganismus kann dann gefressen werden. Nach dem Auffressen aber wird begreiflicher Weise im Innern des Phagocyten der Einfluss der dort befindlichen bactericiden Substanzen noch weiter fortwirken und in den meisten Fällen dürfte derselbe bis zur völligen Vernichtung des Infectionserregers andauern.

Dieser ganze Causalzusammenhang, sowie er hier auseinandergesetzt wurde, lässt sich nun aber selbstverständlich durch blosse mikroskopische Beobachtung nicht constatiren. Weder kann man die Herabminderung des bacteriellen Chemismus, noch den schädigenden Einfluss der Alexine unmittelbar wahrnehmen; man kann diese Vorgänge nur aus der Gesammtheit unserer Kenntnisse erschliessen. Nachdem aber die Bildung bactericider Substanzen durch die Leukocyten und ferner die Ausscheidung derselben feststeht, so glaube ich, müssen wir annehmen, dass der Kampf in erster Linie mit diesen Waffen geführt wird, und dass daher die Formulirung zutrifft, zu der ich schon 1894 gelangte, wonach die Leukocyten eine wichtige Function bei den natürlichen Abwehrvorkehrungen des Organismus besitzen, aber nicht als Phagocyten, sondern durch gelöste Stoffe, welche von ihnen secernirt werden.

Würde sich Metschnikoff entschliessen können, den Ausdruck «Fresszellentheorie», «Phagocytentheorie» zu beseitigen und durch «Kampfzellentheorie» zu ersetzen, so würde seine Theorie zwar den sensationellen Anstrich verlieren, aber zugleich der Wahrheit um soviel näher rücken und als Basis zur allgemeinen Verständigung dienen können. Für die Theorie ist es eben nicht Aufgabe, sich über die Thatsachen hinwegzusetzen, sondern vielmehr desselben zu folgen. Desshalb habe ich seinerzeit keinen Anstand genommen, mich dem Vorwurf eines Humoraltheoretikers auszusetzen, als die Thatsachen eine derartige Auffassung zu fordern schienen. Nach meiner Ueberzeugung ist es weder in der Politik noch in der Wissenschaft Hauptaufgabe, immer nur ein und die nämliche theoretische Auffassung zu vertreten. Sondern die Hauptsache scheint mir, dass das, was man vertritt, mit den Thatsachen möglichst übereinstimmt, nirgends damit in unlösbarem Widerspruch sich befindet. Wenn also die Thatsachen sich ändern, dann ist es nothwendig, auch die Theorie entsprechend zu ändern.

Würde Metschnikoff seine Theorie etwa als «Alexocytentheorie» bezeichnen, dann würde dieselbe als Ausdruck unseres heutigen Wissens über diese Dinge gelten können. Alle die unvergänglichen Verdienste, die ich am Eingang der Phagocytentheorie nachgerühmt habe, würden auch dieser modificirten Theorie als unbestreitbares Erbtheil verbleiben.

Statistisches und Klinisches zum Carcinoma uteri.

Von *W. Thorn.*

(Schluss.)

Ich bin früher ein enragirter Gegner jeglicher Partialoperation beim Uteruskrebs, speciell auch der Schröder'schen Operation gewesen, nicht aus dem Grunde, weil ich die Operation zur Erzielung von Dauerresultaten überhaupt untauglich hielt, sondern wegen der falschen Indicationsstellung, auf Grund deren sie an ungeeigneten Fällen in grosser Zahl gemacht wurde. Wie oft ist damals im krebsigen Gewebe amputirt worden, und wie manche Kranke kam erst wieder zum Vorschein, wenn das Recidiv bereits inoperabel war, die durch eine primäre Totalexstirpation dauernd hätte gesund werden können. Die natürliche Folge solcher Vorkommnisse war für viele Operateure die Parole: «Weg mit den Partialoperationen». Man schüttete das Kind mit dem Bade aus. Dass radicale Heilungen in nicht geringer Zahl mit der hohen Amputation zu erreichen sind, den unumstösslichen Beweis haben Schröder und seine Schüler erbracht. Falsch war nur, dass man für diese Operation die reinen Portiocarcinome ohne Ausnahme bestimmte, mit der Begründung, dass diese Form des Gebärmutterkrebses viel früher in die Parametrien, als bis in die Nähe des Orificium internum dringe, dass es also in einem wirklich reinen, operablen Fall jedesmal ausreichend sei, hoch zu amputiren. Diese Motivirung, auf den Ruge-Veit'schen Arbeiten basirend, ist für eine grosse Zahl, vielleicht die Mehrzahl der operablen Portiocarcinome zutreffend, für eine kleinere Zahl sicher aber nicht. Ich will damit keinen Augenblick leugnen, dass das oft behauptete gleichzeitige Vorkommen eines 2. Carcinomherdes hoch im Uterus bei einem ganz initialen Portiocarcinom kaum je zutreffen wird; auch Fälle, wie solch' einen Bäcker[12]) referirt (carcinomatöse Drüse im retro-uterinen Bindegewebe bei initialem Portiocarcinom) sind jedenfalls ganz abnorm; übrigens müsste die Entfernung einer solchen Metastase ebenso gut bei der hohen Amputation, wie durch die Totalexstirpation gelingen. Der von Bäcker hier als Analogon herangezogene Fall Winter's[13]) ist nicht stichhaltig, da es sich um einen schon vorgeschritteneren Fall von Portiocarcinom mit seltenen Metastasen auf der Cervixschleimhaut und in parametranen Drüsen handelte. So sehr ich aber auch auf die Richtigkeit der Ruge'schen Untersuchungen baue, so würde mich der Gedanke, dass sie in seltenen Ausnahmen nicht zutrifft, bewegen, auch beim initialsten Portiocarcinom stets die Totalexstirpation zu machen, wenn nicht das Allgemeinbefinden der Kranken oder rein locale Verhältnisse des Operationsgebietes gebieterisch die Wahl eines kürzere Operationsdauer und kürzere Heilungszeit erfordernden und noch ungefährlicheren Verfahrens erheischen; ein solches ist auch heute noch gegenüber der vaginalen Totalexstirpation die Schröder'sche Operation und ich meine, dass bei einer ganz objectiven Betrachtung des Für und Wider auch in Zukunft die Wahl dieses Verfahrens für einzelne seltene, durch ausserhalb der Krebserkrankung stehende Factoren complicirte Fälle die einzig richtige bleiben wird; die Schröder'sche Operation ist noch nicht und wird auch nicht obsolet.

Zunächst kann die Erhaltung eines conceptionsfähigen Uterus in Frage kommen. Gewöhnlich erfolgt ja zwar bei so verkürztem Organ der frühzeitige Abort, aber die Möglichkeit, dass ausgetragen wird, lässt sich nicht leugnen, ist übrigens auch bewiesen. Ich habe einmal bei ganz initialem Carcinom der vorderen Lippe bei einer 36 Jährigen aus diesem Grunde, weil die Erhaltung des Organs gewünscht wurde, nur amputirt; es bestand gleichzeitig eine Retrodeviation und der Uterus enthielt ein wegen Endometritis abgestorbenes und jauchendes Ovulum des III. Monats. Obgleich nur minimale Mengen Sublimat (1 : 1000) bei der sonst der Zersetzung des Ovulums wegen sehr gründlichen Desinfection zur Anwendung kamen, erfolgte doch eine Vergiftung; die Kranke ging ohne Wundreaction am 4. Tage unter copiösen blutigen Stühlen und absoluter Anurie zu Grunde. Man wird wohl höchst selten der Erhaltung der Conceptions- und Gestationsfähigkeit wegen die Partialoperation wählen. Zweimal haben mich entzündliche Affectionen des Parametrium zur Wahl der Schröder'schen Operation bewogen; in beiden Fällen handelte es sich um relativ frische Exsudate, die mir für das Peritoneum nicht gleichgiltig erschienen. Ich habe mein Handeln auch nicht zu bereuen gehabt, denn in dem einen Falle flackerte die Parametritis sofort post operationem in bedrohlicher Weise auf, so dass die Kranke erst in der IV. Woche entlassen werden konnte, und ausserdem sind beide heute noch gesund und recidivfrei, die eine 8 Jahre 5 Monate, die andere 6 Jahre 9 Monate. Selbstverständlich handelte es sich um initiale Portiocarcinome, denn in einem vorgeschritteneren Fall würde ich trotz Parametritis die Totalexstirpation machen; hier wiegt die Recidivgefahr die Gefahr der Wundinfection auf. Heute, wo die Abrasio mucosae uteri eine Operatio vulgivaga ist, gegen alle und jede Blutung und nicht immer mit der nöthigen Vorsicht angewandt wird, kann es hier und da einmal vorkommen, dass man ein initiales Portiocarcinom durch ein frisches Exsudat complicirt findet und dass man nicht nur der absoluten, sondern speciell in solchem Fall relativ geringeren Gefahr wegen die Partialoperation vorzieht. In

---

[12]) l. c.

[13]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXV.

drei weiteren Fällen war es die Immobilität des Uterus, hervorgerufen durch ausgedehnte perimetritische Verwachsungen des Corpus und der Adnexe, was die Beschränkung auf die Partialoperation mir zu gebieten schien. Es waren ganz initiale Portiocarcinome, die totale Exstirpation des Corpus von unten hätte grosse technische Schwierigkeiten gemacht und Gefahren durch unübersichtliches und damit unsicheres Operiren in den alten Verwachsungen gebracht, die abdominale Operation aber, technisch vielleicht nicht minder schwierig, wenn auch sicherer durch die bessere Uebersicht, schien mir denn doch ein zu gewaltiger und gefährlicher Eingriff gegenüber der geringfügigen Ausdehnung des Leidens. Bei dem ersten dieser drei Fälle würde ich übrigens auch durch ein noch so radicales Vorgehen bestimmt kein besseres Resultat erzielt haben.

Die hohe Amputation wurde am 4. V. 1890 bei der damals 46 jährigen Nullipara ausgeführt und war von glatter Heilung gefolgt; es war weit im Gesunden operirt. In den ersten zwei Jahren unterzog sich die Kranke der auferlegten Controle eifrig, dann wurde ihr bei dauerndem Wohlbefinden das zu langweilig. Ich sah sie erst wieder im October 1896 mit einem ulcerirten Carcinom der vorderen Vagina; obere und hintere Vagina, Uterusstumpf, Parametrien waren völlig frei. Das Carcinom hatte schon gut $^1/_4$ Jahr blutig-wässerigen Fluor gemacht; trotzdem der Kranken die Tragweite dieses Symptoms von ihrer früheren Erkrankung her wohl bekannt war, trotzdem sie in Magdeburg selbst wohnte, liess sie doch noch Monate verstreichen, ehe sie sich zur Untersuchung bequemte. Ich exstirpirte das Carcinom mit dem Glüheisen möglichst weit im Gesunden, aber schon im Mai dieses Jahres war das Recidiv in der Narbe zu constatiren. Es hat jetzt die ganze Vagina ergriffen, hat ein grosses Loch in die Blase gefressen, der Uterusstumpf aber und die Parametrien sind erst sehr wenig erkrankt, und ich fürchte, die Kranke wird sich noch lange quälen müssen. Man kann wohl Zweifel hegen, ob man es hier mit einem Recidiv zu thun hat; die Heilung des ursprünglichen Carcinoms über 6 Jahre und der Sitz des neuen Geschwürs sprechen mehr für eine selbständige Erkrankung. Der 2. Fall lag ganz ähnlich. $1^1/_2$ Jahre nach der hohen Amputation constatirte ich völliges Wohlbefinden und Fehlen eines Recidivs, $^1/_2$ Jahr später ist die Kranke verschollen. Der 3. Fall betraf eine 48 jährige an Cholelithiasis leidende Kranke, die in beständiger Sorge sich eifrig der Controle unterzog. Etwa $^1/_2$ Jahr vor ihrem Tode, der $4^1/_4$ Jahr nach der Operation erfolgte, constatirte ich intacten Befund der Genitalien, dagegen war die Leber intumescirt, doch nichts sprach bei der gleichmässigen Schwellung für Metastasen. Bald darauf stellten sich Schwellungen der Hals- und Achseldrüsen, später der Leistendrüsen ein, am Darm waren Knollen zu fühlen und unter hektischem Fieber ging die Kranke zu Grunde, ohne dass von Seiten der Genitalien irgend ein Symptom eines Recidivs sich gezeigt hätte. Da eine Section nicht gemacht wurde, so bleibt auch hier die Frage, ob metastatische Recidive oder eine frische Erkrankung das Ende herbeiführten, offen; ein locales resp. regionäres Recidiv ist jedenfalls ausgeschlossen. Im 8. Fall handelte es sich um eine 70 Jährige mit Emphysem, der man weder eine lange Narkose noch ein langes Krankenlager zumuthen konnte; ich habe hier mit dem Glüheisen die Amputation gemacht, die Kranke ist genesen und heute, nach 1 Jahr 7 Monaten, recidivfrei. Der 9. Fall betraf eine 39 jährige, sehr reducirte Kranke mit Spitzenkatarrh; die Operation ist vor einem Jahr in der gewöhnlichen Weise gemacht, die Kranke hat sich gut erholt und ist recidivfrei.

Wenn ich unter den 9 Schröder'schen Operationen einen Todesfall zu beklagen habe, so beweist das keinesfalls etwas für die Gefährlichkeit dieses Eingriffs, da es sich um eine Sublimatintoxication handelte. Die Operation gehört zu den lebenssicheren Eingriffen, noch in höherem Maasse als die Totalexstirpation bei incomplicirten Fällen; was ihr aber besonderen Werth verleiht, ist die kurze Heilungsdauer. Dies ist der Punkt, der ihr für gewisse Fälle von initialem Portiocarcinom, die durch Allgemeinerkrankungen des Körpers, schwere Erkrankungen anderer wichtiger Organe, hohes Alter etc. complicirt sind, den Vorrang wohl auch in Zukunft vor der Totalexstirpation erhalten wird. Daneben können Immobilisationen des Uterus und der Adnexe entzündlicher Art, die bei der vaginalen oder abdominalen Radicaloperation nur unter unverhältnissmässig höherer Gefahr zu überwinden wären, und frische Entzündungsherde in der nächsten Nähe des Collum, welche ein Umgehen der Eröffnung des Bauchfells dringend wünschenswerth machen, die Wahl der Schröder'schen Operation bedingen; höchst selten aber wird sie aus Rücksicht auf die Erhaltung eines functionsfähigen Uterus indicirt sein.

Zur Berechnung des definitiven Resultates kommen von den 71 Operationen, Totalexstirpationen und hohe Amputationen zusammengerechnet, 20 in Betracht, die 5 Jahre und darüber zurückliegen. Von diesen blieben 5 länger als 5 Jahre geheilt; diese 25 Proc. radicaler Heilungen entsprechen dem Mittelwerth der meisten Operateure mit grösserem Material. Berücksichtigt man aber, dass unter diesen 20 Fällen 10 unreine waren, so sind von den als rein angesehenen anderen 10 fünf = 50 Proc. fünf Jahre geheilt gewesen. Da nun selbst im 6. Jahre noch eine Kranke neuerlich an Carcinom erkrankte, wobei es allerdings wahrscheinlich ist, dass es sich um eine neue, vom operirten Carcinom unabhängige Erkrankung gehandelt hat, so muss ich, um mein Endresultat auszudrücken, auf die Beendigung des sechsten Jahres zurückgehen. Soweit zurück liegen 17 Operationen und es leben von den Operirten noch gesund und recidivfrei 4 = 23,5 Proc.; berücksichtigt man auch hier die unreinen Fälle (10 : 7), so wurden in 57 Proc. radicale Heilungen erzielt. Man kann einwenden, dass die Kleinheit dieser Zahlen ein competentes Urtheil nicht zulässt; ich hege aber bezüglich meines später operirten Materiales die feste Ueberzeugung, dass es 50 Proc. bis 60 Proc. radicaler Heilungen reiner Fälle ebenfalls aufweisen wird. Ich habe absichtlich Totalexstirpationen und hohe Amputationen zusammengefasst, da es mir im Wesentlichen darauf ankam, den Erfolg zu eruiren, welchen man bei den nach der Operation als rein erkannten Fällen erzielt; Totalexstirpationen und Schröder'sche Operationen sonst in irgend welchen Vergleich zu setzen, wie man das früher mit Vorliebe that, hat gar keinen Zweck, da beiden Operationen ein gänzlich verschiedenes Material anheimfällt. Ebenso wenig Zweck hat es, wenn man bei der Berechnung der Radicalheilungen immer wieder die unreinen Fälle, bei denen man das Recidiv erwarten muss, und zwar zumeist innerhalb der ersten zwei Jahre, mitberücksichtigt; man erhält auf diese Weise niemals ein klares Bild. Zur Erlangung einer zuverlässigen Statistik ist es nöthig, dass man am Schluss der Operation mit allen Hilfsmitteln sich Klarheit darüber zu verschaffen sucht, ob der Fall zu den reinen oder unreinen gezählt werden muss. Am Ende des zweiten Jahres halte man Revue über die Uebergebliebenen, darunter werden nur wenige der unreinen Fälle noch sein; mit dem Schluss des fünften Jahres berechne man die Summe der Radicalheilungen; jenseits dieses Termins wird es nur selten noch Recidive geben.

Schon an anderer Stelle habe ich darauf hingewiesen, dass die Classification in reine und unreine Fälle naturgemäss nicht mit absoluter Sicherheit durchzuführen ist, dass sie aber doch bis zu einem solchen Grade gelingt, dass praktisch mit ihr zu rechnen ist, und dass wir mit relativ wenig Ausnahmen im Stande sind, nach der Operation die Prognose quoad Recidiv sicher zu stellen. Wenn ich Sie nun weiter daran erinnern darf, dass in meinem Material circa 35 Proc. technisch operabler Fälle sich fanden und dass von diesen wiederum nur die Hälfte unter die Rubrik der reinen Fälle einzureihen war, so würden also im Grunde genommen höchstens 18 Proc. Aussicht auf Radicalheilung geboten haben, und da von diesen in Wirklichkeit heutzutage etwa die Hälfte radical geheilt wird, so wird meine frühere Behauptung, dass noch nicht 10 Proc. aller an Uteruscarcinom krankenden Frauen definitiv auf operativem Wege geheilt werden, auch durch mein Material voll bestätigt und es zeigt sich gleichzeitig, dass die Ursachen dieses geringen Erfolges nicht sowohl in der Mangelhaftigkeit der operativen Therapie, als vielmehr in der ungünstigen Beschaffenheit zu suchen sind, in der das Material in die Hände des Operateurs gelangt. Hier ist denn auch bei dem Bestreben, die Zahl der Radicalheilungen zu mehren, der Hebel anzusetzen; hier und nicht in dem Erfinden neuer Operationsmethoden liegt das Heil.

Alles hängt von der frühen Erkenntniss des Krebses ab. Was auf gynäkologischer Seite darin gethan werden kann, das geschieht besonders Dank der Arbeit C. Ruge's heutzutage wohl allgemein in jedem wünschenswerthen Maasse. Auch einer gewissen Prophylaxis wird bewusst und unbewusst heute mehr, als jemals vorher, Rechnung getragen durch die rationelle Behandlung und Heilung katarrhalischer Erkrankungen des Uterus. Wenn wir auch über die Herkunft des Krebses nichts Bestimmtes wissen, so deutet doch das klinische Bild auf Wirkung eines organisirten Giftes, sei es nun bacteriellen oder protozoischen Charakters, hin und zwar ist diese in den Anfangsstadien eine durchaus locale. Das Haften dieses Virus

und der Grad seiner Wirksamkeit scheinen von einer gewissen Disposition des Individuums, einer ererbten oder erworbenen, abhängig zu sein. Momente, die darauf hindeuten, sehen wir in dem Umstande, dass ganz überwiegend mehr Brünette als Blondinen an Uteruscarcinom erkranken, dass in einzelnen Familien gehäuft Fälle vorkommen, dass die unter ungünstigen äusseren Verhältnissen lebenden Schichten weit häufiger erkranken, und dass auch Geburt und Wochenbett einen gewissen Einfluss ausüben, insofern Nulliparae ein wesentlich geringeres Contingent stellen, als Frauen, die viele Geburten überstanden. Zuletzt wissen wir, dass gewisse Lebensalter eine Disposition schaffen, und dass besonders die Blüthezeit und das Klimakterium gefährdet sind. In dem gleichen Zeitalter treten auch vorwiegend die katarrhalischen Erkrankungen der Mucosa auf, und man geht vielleicht nicht zu weit, wenn man ihnen gewissermaassen eine Vermittlerrolle zuschreibt, insofern sie den Boden für das Haften des Krebsgiftes geeignet machen sollen. Nicht so selten hat man das Uebergehen einer gutartigen Erosion der Portio in ein Carcinom, die Umwandlung der gewöhnlichen fungösen Endometritis in ein malignes Adenom oder auch in ein echtes Carcinom beobachtet. Es ist also bis zu einem gewissen Grade möglich, durch eine rationelle Therapie der Erosionen und der Endometritiden der Cervix und des Corpus der Krebserkrankung vorzubeugen. Zu erreichen wäre das aber nur, wenn jede Frau in dem gewöhnlichen Symptom dieser Krankheitsformen, dem Ausfluss, auch wirklich etwas Krankhaftes sähe, das sie bewegen muss, sich einer localen Untersuchung zu unterziehen. Der Ausfluss ist, wenn auch in einer besonderen Qualität, das erste Zeichen der Krebserkrankung; nur ganz harte Formen können weit vorschreiten, ehe sich dieses Symptom in lästiger Weise bemerkbar macht. Bei allen Arten des Uteruskrebses dauert es eine geraume Zeit, ehe sich dieser Ausfluss durch den Zerfall der oberflächlichen Schichten färbt, blutig tingirt wird und einen üblen Geruch annimmt. Auf diese letztere Erscheinung wird als pathognomonisches Zeichen viel zu viel gegeben; einmal kann eine chronische Endometritis, ein jauchendes Myom die Geruchsorgane ebenso behelligen, und dann kann der Foetor durch desinficirende Spülungen zunächst so coupirt werden, dass er intensiv merkbar erst wird, wenn der Krebs schon so weite Zerstörungen gemacht hat, dass alles Eingreifen eitel ist. In diesem zweiten Stadium, des beginnenden Zerfalles, ist zwar das Uteruscarcinom, von den scirrhösen Formen abgesehen, zumeist noch operabel, aber das Erstrebenswerthe muss ein für allemal bleiben, dass es unbedingt so früh als möglich, d. h. schon im ersten Stadium erkannt wird. Das wird nie geschehen, wenn es den Frauen nicht in Fleisch und Blut übergeht, dass sie überhaupt keinerlei Ausfluss unbeachtet lassen dürfen, dessen Harmlosigkeit nicht durch eine exacte Untersuchung erwiesen ist, und es wird weiter so lange nicht geschehen, als Aerzte gegen den Ausfluss Spülungen verordnen, ohne sich durch eine locale Untersuchung über die Herkunft und Qualität der Secretion volle Sicherheit verschafft zu haben. Die Diagnose des ulcerirten Gebärmutterkrebses bereitet keinerlei Schwierigkeit, dagegen verlangt diejenige initialer Fälle specielle Vorkenntnisse und eine Erfahrung in gynäkologischen Dingen, über die der praktische Arzt für gewöhnlich nicht verfügt, oder zu deren Nutzanwendung es ihm an Zeit und Hilfsmitteln gebricht. Auf die Diagnose näher einzugehen, gehört nicht an diesen Ort; das ist Sache der Schule. Ich betone nur, dass nicht soviel auf die Anamnese, als auf die locale Untersuchung ankommt. Nun wird so oft eingewandt, dass eine falsche Prüderie die Vornahme der Localinspection so sehr erschwere. Heute trifft das lange nicht mehr in dem Grade zu, als zu der Zeit, wo die operative Therapie des Gebärmutterkrebses begann, und das gilt nicht nur für die Städterinnen; wenn sich erst eine Kranke dazu entschliesst, eines Genitalleidens wegen zum Arzt zu gehen, dann gelingt es auch dem rechten Tact und der nöthigen Energie, die Untersuchung vorzunehmen. Um aber dieses Ziel zu erreichen, darf der Arzt kein Schwanken zeigen, sich auf keinerlei anamnestische Daten verlassen und principiell nichts verordnen, bevor er nicht den Charakter des Leidens festgestellt hat. Würde ein Jeder so handeln, so würde man bald über die unüberwindliche Prüderie nicht mehr klagen. Findet man irgend etwas Verdächtiges, oder ist der Befund auch nur zweifelhaft, so beginne man principiell keine locale Therapie, um ex juvantibus die Diagnose zu stellen, sondern lasse den Gynäkologen entscheiden. Und wenn dann unter 100 Fällen sich 99 gutartige und nur ein maligner finden, so ist das nichts Beschämendes; kann doch selbst der erfahrenste Gynäkologe manchmal nicht sofort ein endgiltiges Urtheil abgeben. Es sind von gynäkologischer Seite verschiedentlich gegen die Praktiker schwere Vorwürfe erhoben worden, dass mit durch ihre Schuld noch immer so viele Uteruscarcinome zu spät in die Hände des Operateurs gelangen, und es ist scharf von der anderen Seite replicirt worden. Ich bin stets dafür, dass man das Kind beim rechten Namen nennt, aber ich glaube nicht, dass durch einen solchen Krieg viel erreicht wird; im Uebrigen hat man die Schuld nach den Schilderungen der Kranken bemessen, und wie oft die nicht zutreffen, das bedarf wohl keiner Erörterung; jedenfalls ist meiner Erfahrung nach das Schuldconto zu hoch gesetzt, und ich muss constatiren, dass die Zahl der benignen Erkrankungen, die mir von vorsichtigen Collegen als verdächtig zur Begutachtung zugesandt werden, die Schaar der sozusagen verbummelten Carcinome völlig verdeckt. Unter meinen 226 Kranken fanden sich 19, also 8 Proc., die von dem zuerst consultirten Arzt ohne locale Untersuchung mit Medicamenten abgespeist oder trotz Untersuchung dilatorisch behandelt wurden; nehmen wir auch an, dass diese letzteren dem Untersuchenden alle inoperabel erschienen, dass auch unter den anderen eine gewisse Anzahl bei der ersten Consultation bereits inoperabel war, so bleiben dennoch einige, welche ohne die Unterlassungssünden der zuerst um Hilfe Angegangenen durch eine rechtzeitige Operation auf Jahre oder für immer volle Gesundheit hätten erlangen können. Grösser erscheint mir die Schuld der Hebammen, besonders auf dem platten Lande. Sie beruht weniger auf Nachlässigkeit, als auf Unkenntniss der Verhältnisse; so befinden sich unter meinen Kranken 3 Hebammen, die ihr Leiden in bekannter Weise auf den Wechsel schoben und Monate vertrödelten, ehe sie sich zur Untersuchung entschlossen; 2 waren dann inoperabel. Man sagt, die Hebamme hat mit gynäkologischen Dingen nichts zu thun, also ist es überflüssig, oder gar schädlich, sie darin zu unterrichten. Nun gut, dann verbiete man ihr aber auch unter strengen Strafen, ihre Clientel bei Erkrankungen der Geschlechtsorgane zu berathen. Das ist für die grösseren Städte durchführbar, auf dem Lande, wie wenigstens jetzt noch und wohl auch noch für geraume Zeit dort die Verhältnisse liegen, unmöglich. Die Hebamme ist hier die Vertrauensperson ihrer Clientel nicht nur in geburtshilflichen Dingen, sondern in allerlei Krankheit und Gebresten; diese Vertrauensstellung ist auch trotz allen Anfechtungen in den letzten Decennien noch nicht so sehr erschüttert, dass nicht das weibliche Publicum, zwar stets bereit, ihr alle möglichen Sünden in die Schuhe zu schieben, sie dennoch nicht in allerlei Dingen und besonders auch bei gynaekologischen Leiden zu Rathe zöge. Darauf ist also bei der Ausbildung der Hebamme gebührende Rücksicht zu nehmen; sie muss wissen, dass eine längst im Klimakterium stehende Frau keine Genitalblutungen haben darf, und ihr muss eingeschärft werden, dass sie keine jugendlichere Frau mit Ausfluss, mag sie ihn nun übelriechend finden oder nicht, keine mit unregelmässigen oder profusen Blutungen, mag sie nun einen vorausgegangenen Abort oder sonst Etwas als Grund annehmen, mit Spülungen und Haller'schem Sauer hinhalten und abhalten darf, ärztliche Hilfe zu suchen. Ihr muss jegliche interne Exploration verboten werden, wenn sich keine gewichtigen Zeichen der Schwangerschaft vorfinden, sie muss streng verpflichtet werden, sich jeder Berathung zu enthalten und die Kranke ohne Verzug dem Arzte zuzuführen.

Aber wenn wir nun auch das Schuldverhältniss der Hebammen höher setzen als jene 8 Proc., wenn wir weiter noch berücksichtigen, was durch Curpfuscher und ähnliches Gelichter verbummelt wird, es rührt doch nicht annähernd an die eigene Schuld der Kranken, an das, was durch Indolenz, Nachlässigkeit, Unwissenheit und blasse Furcht vor der Wahrheit und ihrer möglichen Consequenz, der Operation, von ihnen gesündigt wird. Es gibt immer einige wenige Fälle, wo ein Carcinom bis zur Inoperabilität gedeihen kann, ohne merkbare oder wenigstens

lästige Symptome zu machen. Es sind das fast ausschliesslich scirrhöse Formen; so sah ich einmal eine 33 jährige Nullipara von blühendem Aussehen mit einer Blasenscheidenfistel; hier hatte der absolut enge Introitus das harte Carcinom tief auf der Scheide herabkommen lassen, es geradezu conservirt, sodass von Ausfluss und Blutung nichts gemerkt worden war; das erste Symptom, das die Kranke sofort zum Aerzte trieb, war der Durchbruch der hinteren Blasenwand. Solchen Fällen, in denen örtliche Verhältnisse ein occultes Wachsen des Krebses begünstigen, zumeist sind es Cervixcarcinome, ist nicht zu begegnen; zum Glück sind sie rar. Weiter sieht man Kranke, auch ihre Zahl ist nicht gross, die mit einer gewissen Absichtlichkeit sich und ihre Umgebung über ihr Leiden hinwegzutäuschen versuchen, und wieder andere, die psychisch so stark beeinflusst werden, dass sie, früher vielleicht ganz energische Naturen, sich völliger Apathie überlassen; sie ahnen die Schwere ihres Leidens, aber sie geben entweder von vornherein jede Hoffnung auf, oder die Furcht vor der Bestätigung ihrer Befürchtungen und in den niederen Ständen, wo der Glaube an die Ansteckungsfähigkeit des Krebses noch weit verbreitet ist, und solche Kranke wie Aussätzige behandelt werden, auch die Angst vor dem Pariathum schrecken vor rationeller Hilfe zurück. Je grösser das Vertrauen in die Wirksamkeit einer rechtzeitigen Therapie wird, und je mehr der Glaube an eine endgiltige Heilbarkeit des Krebses Ausbreitung gewinnt, desto geringer wird die Schaar dieser Verzweifelnden sein.

Bei dem Gros der Kranken aber sind Unkenntniss, Nachlässigkeit und die falsche Belehrung durch Andere die Gründe, welche sie von dem Einholen eines competenten ärztlichen Rathes gleich nach Auftreten der ersten Symptome abhalten. Nichts ist häufiger, als dass eine Frau nach monate- oder gar jahrelanger Menopause mit der Angabe kommt, sie habe ihre «Regel» wieder; nichts ist alltäglicher, als dass eine Andere, in den 40er bis 50er Jahren Stehende, ihre ganz irregulären, bald mässigen, bald profusen Blutungen, mag sie noch so sehr dabei herunterkommen, als etwas ganz Natürliches, dem «Wechsel» Eigenthümliches ansieht; das Allergewöhnlichste aber, was die Kranke mit vorgeschrittenem Krebs auf Vorhaltungen zu antworten pflegt, ist: «Ich hatte ja keine Schmerzen». Und das kommt nicht etwa nur in den niederen Schichten, sondern auch häufig bei gebildeteren Frauen vor, und eine belehrt die andere in dieser verkehrten, verderblichen Weise; Alles wird natürlich gefunden, weil es der und jener Bekannten während des Wechsels ähnlich ergangen ist, ohne dass üble Folgen eingetreten wären. Wenn über irgend ein Thema unsere Frauenwelt der Belehrung und Aufklärung bedarf, so sind es die physiologischen und pathologischen Vorgänge des Klimakteriums, und in keiner Zeit bedarf sie so sehr des sorgsamen ärztlichen Berathers. Hier kann noch ungemein viel auf die einfachste Weise gebessert werden.

Ein sehr charakteristischer Gradmesser für die eigene Verschuldung der Kranken ist die Zeit, die sie verstreichen lassen, ehe sie ärztliche Hilfe suchen. Unter meinen 226 Kranken suchten 23 gleich nach den ersten Symptomen ärztliche Berathung, 13 liessen einen Monat vergehen, 29 zwei Monate, 41 drei, 25 vier, 13 fünf, 27 sechs, 9 sieben, 12 acht, 8 neun, 2 zehn, 2 elf, 11 zwölf Monate und 11 Kranke warteten über 1 Jahr, ehe sie sich zum ersten Gang zum Arzte bequemten. Diese Zahlen reden mehr als alles Andere von der unglaublichen Sorglosigkeit und Nachlässigkeit der Krebskranken. Abstellung dieser unseligen Verhältnisse liegt durchaus im Bereiche der Möglichkeit, und wenn sie gelingt, so werden dieser Geissel des weiblichen Geschlechtes immer mehr und mehr Opfer entrissen. Die moderne Gynäkologie hat den Beweis der endgiltigen Heilbarkeit der auf den Uterus völlig beschränkten Carcinome erbracht, sie verfügt über Operationsmethoden, die allen reinen Fällen gerecht werden, sie hat deren Gefährlichkeit auf ein Minimum herabgedrückt und die Heilungsdauer auf ein der Grösse des Eingriffes gegenüber gering zu achtendes Maass beschränkt. Sie hat wenig Erfolg von einer weiteren Ausdehnung des operativen Eingreifens zu erhoffen, auch in der Technik erscheinen Verbesserungen kaum noch möglich; die hohe Amputation Schröder's, die vaginale Totalexstirpation Czerny's und die abdominale Freund's sind classische Operationen geworden, denen gegenüber alle anderen, auch die neuesten, völlig an Werth zurücktreten. Alles Heil ist auch hinfort nicht von riscanten Operationen, sondern allein von der frühzeitigsten Diagnose zu erwarten. Was an Hilfsmitteln dazu nöthig ist, gibt die heutige Schule jedem Arzt in völlig ausreichendem Maasse in die Praxis mit. Macht ein Jeder in seinem Kreise vollen Gebrauch davon und lässt er es sich besonders angelegen sein, den Kampf gegen alte Vorurtheile, Unwissenheit und Nachlässigkeit seiner Schutzbefohlenen energisch durchzufechten, namentlich in den kritischen Jahren jede Gelegenheit zur Aufklärung und Mahnung zu nutzen und auch da, wo scheinbar kein Symptom, keine Klage der Hilfesuchenden auf ein Leiden der Genitalsphäre hindeutet, wo aber doch die entfernte Möglichkeit eines solchen nicht von der Hand zu weisen ist, sich volle Klarheit zu verschaffen, so wird der Erfolg eines solch' sorgsamen Waltens seines Amtes nicht ausbleiben und sein Verdienst wird kein geringeres sein, als das des Operateurs, der Dank seiner Hilfe den früh erkannten Krebs ausrottet. Wie viel Segen ruht in solcher Thätigkeit des Hausarztes bei einem Leiden, das an Grausamkeit alle anderen übertrifft. Heutzutage wird immer und überall Klage darüber geführt, dass sein Wirkungsgebiet allzusehr durch die Specialfächer eingeengt werde. Das gilt bis zu einem gewissen Grade für die operativen Fächer; hier ist sein Wirken wesentlich ein prophylaktisches, darum aber nicht minder mühevolles und wenn auch nicht ebenso dankbares, weil eben der Augenblickserfolg so oft entscheidet, so doch ein mindestens ebenso werthvolles, als das des Operateurs. Auch die Prognose des Gebärmutterkrebses liegt, um einen bekannten Ausspruch Richard v. Volkmann's zu übertragen, in der Hand der Hausärzte; möchte es ihnen gelingen, sie immer günstiger zu gestalten und möge ihre Mitarbeit der operativen Gynäkologie, die vorläufig an der Grenze des Erreichbaren angelangt zu sein scheint, zu neuen Lorbeeren verhelfen.

Feuilleton.

Ueber die Bedeutung der internationalen Aerztecongresse, speciell die des Moskauer Congresses.

Von *F. v. Winckel.*

(Schluss).

Ehe ich nun in Beschreibung der weiteren Erlebnisse, welche unserer Section den Besuch des Moskauer Congresses besonders werthvoll machten, fortfahre, lassen Sie mich ganz im Allgemeinen auf eine Bedeutung der internationalen Congresse eingehen, die man — wenigstens ich habe sie noch nirgends erwähnt gefunden — offenbar viel zu wenig berücksichtigt und die eben nur durch die Grossartigkeit, welche diese Congresse erlangt haben, zu erklären ist. Ich muss da ein wenig zurückgreifen auf frühere Congresse, um die richtigen Beweise zu liefern.

M. H.! Auch der einfachste Privatmann, wenn er Gäste für sein Heim erwartet, sucht dasselbe zunächst so gründlich als möglich zu säubern, dann vervollständigt er etwaige Lücken im Mobiliar, verbessert Schäden, beseitigt unschöne Zustände und macht Alles so behaglich, wie es dem Freunde gefallen kann, endlich schmückt er sein Haus und bringt dem Gaste Salz und Brod und Geschenke. Wie viele kostbare Geschenke — denken Sie doch nur an die Werke über London, Berlin, Kopenhagen, Rom — welche lediglich für den Congress verfasst wurden, sind nicht schon im Laufe derselben an Tausende und Abertausende vertheilt worden. Leider ist der Führer von Moskau, den wir diesmal erhielten, kaum ausführlicher wie ein gleicher, der mir schon 1875 vom Fürsten Dolgorucki geschenkt wurde. Aber auf diese Seite der Congresse will ich nicht näher eingehen, sondern Ihnen jetzt ein anderes Bild vorführen.

M. H.! Als im Jahre 1864 auf der Naturforscherversammlung in Giessen Innsbruck als folgender Versammlungsort vorgeschlagen wurde, wurde dagegen eingewendet, dass man wegen der ultramontanen Majorität seiner Bewohner dort wohl nicht besonders freundlich aufgenommen würde. Da rief Karl Vogt mit Stentorstimme in die Versammlung hinein, daran hätten wir uns nicht zu kehren, im Gegentheil, Aufgabe der Naturforscherversammlungen sei es, überallhin Aufklärung zu bringen und wo sich Kehricht angesammelt habe, denselben zu entfernen. Was hier in drastischer

Weise als Ausfegepflicht der Naturforscherversammlungen hingestellt wurde, das bewirken in viel höherem Maasse die internationalen Congresse der Aerzte. Denn wer kann wohl bezweifeln, dass der Besuch von 3—4000 fremden, zum grossen Theil beamteten und in hohen Stellungen befindlichen Aerzten einen mächtigen Impuls für die sämmtlichen medicinischen Institute des Landes, in welchem der Congress stattfindet, mit sich bringen muss. Da derselbe aber nur alle 3—4 Jahre wiederkehrt und das betreffende Land seinem Kommen 3 Jahre entgegensieht, so ist dieser Eindruck kein kurzer und vorübergehender, sondern, wie sich leicht zeigen lässt, ein tiefer und nachhaltiger und das gilt auch für Russland — aber auch vice versa! Sehen z. B. die Congressbesucher in dem Lande neue, vortreffliche Einrichtungen, wie sie in andern Ländern noch nicht sind, so suchen sie dieselben, wenn irgend möglich, in ihren Ländern bald nachzuahmen. Als nun im Jahre 1890 in Berlin Rom zum nächsten Versammlungsort gewählt worden war, schrieb mir ein Freund, dass die Römer ausser sich über diese Wahl seien und Baccelli, der bekanntlich in Berlin war, nicht begreifen könnten, dass er sie angenommen hätte, da doch die römischen medicinischen Institute sich in einem Zustande befänden, in dem sie unmöglich gezeigt werden könnten. Nun, und als wir in Folge der Cholera noch ein Jahr später, nämlich 1894, nach Rom kamen, da hatte Baccelli in dieser Zeit jene Prachtbauten, genannt «Il policlinico», in denen alle Sectionssitzungen stattfanden, ich möchte sagen, aus dem Boden gestampft! Glaubt nun wohl unter uns Einer, dass die Römer heutigen Tages diese Kliniken besässen, wenn nicht der XI. Congress nach Rom gegangen wäre?

Nun war bekanntlich in Berlin zuerst Moskau für den XI. internationalen Congress gewählt worden, aber Kaiser Alexander III. versagte damals die Einladung. Es ist gewiss nicht unwahrscheinlich, dass derselbe zu dieser Weigerung durch den noch unfertigen Zustand der sämmtlichen im Neubau begriffenen Universitätskliniken mitbestimmt wurde, denn der grösste Theil derselben ist aus Regierungs- und Privatmitteln erst Ende der achtziger Jahre neuconstruirt worden. Hier gab also der zu erwartende Congress nicht mehr den Anstoss zur Beseitigung der alten und zum Neubau aller Kliniken, aber da er sie erst nach ihrer gänzlichen Vollendung sehen sollte, kann er doch noch ein gewisses Irritamentum gewesen sein, bei ihrer Durchführung nicht zu engherzig, sondern so zu verfahren, dass sie wirklich als Musterinstitute — die sie denn auch nach Ansicht Aller geworden sind — gezeigt werden könnten.

Fast im Centrum des grossen Platzes, welchen die medicinischen Institute und Kliniken, darunter auch die geburtshilflich-gynäkologische, halbkreisförmig umgeben — bei D in dem Plane — liegt nun noch ein besonderes gynäkologisches Institut, von dem die meisten Berichte der Referenten gar nichts sagen, offenbar weil sie seine Bedeutung nicht erfahren haben. Dieses Institut ist das prächtigste und einzige seiner Art in der ganzen Welt. In Stein erbaut, überragt von einer hohen, schönen Glaskuppel, welche riesige Spiegel enthält, die das Licht aus jedem Theil des Himmelsgewölbes auf den Operationstisch dirigiren, ist es von einer höchst eleganten Architektur. Es hat 2 Etagen und einen Sous-sol. Da es am 1. April 1896 eröffnet und doch höchstens 2 Jahre vorher sein Bau begonnen worden ist, so glaube ich, wird man nicht fehlgehen, wenn man seine Entstehung in einen aetiologischen Zusammenhang bringt mit dem seit dem Jahre 1894 von der russischen Regierung genehmigten internationalen Congresse für 1897.[2]) Sein Schöpfer ist Professor Snéguireff, der berühmte Gynäkologe der Universität Moskau, und sein Begründer dessen Freund, der bereits oben erwähnte Moskauer Millionär und Mäcen, dem Moskau auch ein Theater verdankt, Herr Paul Schelapoutine.[3]) Dieser hat etwa eine Million für die Errichtung desselben hergegeben und steuert zu seinem Betriebe auch jetzt noch grosse Mittel bei.

Ich sagte, es sei bisher das Einzige seiner Art in der Welt und motivire dieses damit, dass es nicht für Studirende, sondern ausschliesslich für beamtete Aerzte der Provinz bestimmt ist, welche sich in der Gynäkologie besonders auszubilden wünschen. Diese Aerzte finden in ihm Gelegenheit, unter der Direction von Professor Snéguireff die Massage und Anwendung der Elektricität zu erlernen, die Diagnose und Behandlung der Frauenkrankheiten genau zu cultiviren, Krankengeschichten zu verfassen und bei Operationen zu assistiren. Das Institut zählt 24 Betten, darunter 12 Freibetten, deren Zahl aber auf 30 erhöht werden kann. Vom nächsten Jahre an soll ein geburtshilflicher Curs unter der Leitung von Professor Goubareff hinzugefügt werden. Zwei Curse werden im Jahre gegeben, der erste vom 15. September bis 15. December, der zweite vom 12. Januar bis 1. Mai, und 20 Aerzte werden zu jedem Curs, im Jahre also 40, zugelassen. Nun werden Sie mir sagen, eigentlich sei dann die ganze Einrichtung fast identisch mit derjenigen für unsere Volontärärzte, nur dass sie isolirt und abgesondert von dem Unterricht für die Studirenden sei. In Petersburg steht — auch nur für praktische Aerzte bestimmt — ein ähnliches Institut unter der Leitung von D. v. Ott, wo sogar 400 Aerzte jährlich in der Gynäkologie unterrichtet werden. Allein Sie werden leicht erkennen, dass die Aufgaben dieses Moskauer Instituts bei Weitem ausgedehnter und eingehender und seine Resultate daher auch ganz zweifellos viel bessere sein werden. Es wirkt nämlich ausser Prof. Snéguireff noch ein ganzes Lehrercollegium an demselben mit, indem Prof. Focht allgemeine Pathologie mit Rücksicht auf die Sexualorgane der Frau liest, Prof. Leochine die Asepsis und Antisepsis lehrt und speciell die Chirurgie der Bauchhöhle vorträgt, Prof. Bogolovsky einen Curs der Hydro- und Balneotherapie gibt; ferner hält der Privatdocent Bobroff einen Curs über die Diagnose der Tumoren der Bauchhöhle. Der Prosector Altouchoff erklärt die Anatomie und Topographie der weiblichen Sexualorgane an Leichenpräparaten, der Prosector Baswedenkoff gibt 3 mal wöchentlich einen mikroskopischen Curs, Dr. Soubótine dirigirt täglich die mikroskopischen Arbeiten, Mr. Rémizoff demonstrirt die Massage an Kranken und Herr Blagowoline endlich hält einen operativen gynäkologischen Curs an Cadavern. Seit der Gründung dieses Instituts, also seit 13 Monaten, sind bereits 204 stationäre Kranke aufgenommen worden, 68 Laparotomien und 119 leichtere Operationen wurden an denselben ausgeführt und in seiner Ambulanz wurden bereits 2655 Kranke berathen.

Wenn ich nun hinzufüge, dass die innere Einrichtung dieses Instituts den allerhöchsten Anforderungen entspricht, dass alle, aber auch alle Fortschritte der modernen Medicin in ihm — ich möchte fast sagen — in glänzender Weise durchgeführt worden sind; wenn ich, um nur ein Beispiel anzuführen, wie raffinirt für den Unterricht gesorgt wird, erwähne, dass die bei Operationen gewonnenen Präparate nicht bloss in vorzüglich demonstrativer Art in Gläsern untergebracht, sondern auch in trefflichen Zeichnungen und ausserdem in ganz vorzüglichen, höchst kostbaren, farbigen Wachspräparaten nachgebildet sind, so zeigt Ihnen diese Thatsache zugleich, welche Mittel dem Institut zu Gebote stehen, und Sie werden mir zugeben, dass diese Fortbildungsschule für Aerzte allein und nur zum Studium der Gynäkologie bestimmt, ganz einzig in ihrer Art ist. Die Verdienste von Professor Snéguireff um die Förderung der Gynäkologie in ganz Russland sind also wahrlich sehr hoch anzuschlagen! Und was haben er und sein Freund Schélapoutine und damit Russland der ganzen Welt hierdurch für ein grossartiges Beispiel zur Nachahmung gegeben. Wir Gynäkologen können Stolz darauf sein, dass gerade unsere Wissen-

[2]) Um nicht den Verdacht zu erregen, dass sonst in Moskau in den letzten Jahrzehnten wenig oder gar nichts für medicinische Institute geschehen sei, führe ich bloss folgende Thatsachen an:

1. 1876 wurde das Hospital St. Vladimir von Dervies mit 265 Betten für kranke Kinder,
2. 1876 das Hospital Blasmanaja mit 404 Betten,
3. 1886 das Kinderhospital d. hlg. Olga vom Grafen Orlow mit 40 Betten,
4. 1887 das Hospital Bakchronime mit 429 Betten, darunter 191 für Unheilbare von den Gebrüdern B.,
5. 1891 das Hospital Alexander mit 150 Betten für chron. Krankheiten und
6. 1894 zum Andenken an den Bürgermeister Moskaus A. Alexiew die Irrenanstalt Alexiew mit 400 Betten gegründet.

Alle diese Institute waren bei meinem ersten Besuche in Moskau 1875 noch nicht vorhanden.

[3]) Siehe Guide de Moscou pag. 49.

schaft allen übrigen Disciplinen in dieser Beziehung vorausgegangen ist! Mögen ihr bald auch die übrigen Länder der Welt folgen. Nordamerika hat ja in seinen sogenannten Post-graduate-Schools schon einige Anfänge, aber doch auch nur Anfänge!

Eine weitere Bedeutung der internationalen Congresse liegt in der durch sie erleichterten, resp. überhaupt erst möglich gemachten Ausführung neuer Operationsmethoden vor einem so grossen Kreise sehr kritischer Sachverständiger, wie er wohl kaum jemals sonst zusammenzubringen ist. Auch in dieser Beziehung war der Moskauer Congress sehr anregend. Dafür nur ein Beispiel. Bekanntlich hat der berühmte Chirurg Doyen (Rheims) an 2 Tagen je 4 verschiedene seiner neuen Operationsmethoden an Kranken gezeigt. Es ist nun amüsant, ein Urtheil der Presse über dieselben mit dem Urtheile der eigentlichen Sachverständigen zu vergleichen. Das erstere lautete wörtlich in einer deutschen Zeitung:

«Gestern vollführte der junge französische Arzt Doyen, «eine aufsteigende Leuchte am Himmel der Medicin, im Beisein «der chirurgischen Koryphäen Europas einige überaus schwierige «Operationen in der Klinik des Dr. Modlinski.»

«Zuerst operirte er ein Geschwür im Magen und trepanirte «sodann die Hälfte (?!) eines Schädels, wobei er ein Hirngeschwür «herauskratzte. Letztere Operation nahm nur 4 Minuten in Anspruch. Darauf nahm er eine Kehlkopfoperation vor und zum «Schlusse entfernte er eine Gebärmutter. Sämmtliche 4 Operationen, die zusammen in $1^1/_2$ Stunden vollführt wurden, gelangen «glänzend und brachten dem kühnen Operateur jubelnden «Applaus ein!! Doyen arbeitete ausschliesslich mit von ihm «selbst erfundenen Instrumenten.»

Dieser Bericht kann natürlich nur der Feder eines Laien entsprungen sein, denn er enthält sehr viele Unrichtigkeiten. Nach der Mittheilung der bedeutendsten deutschen Chirurgen, die bei jenen Operationen zugegen waren, wurde bei der ersten Trepanation nicht bloss ein Sinus verletzt und der diagnosticirte Tumor nicht gefunden, ferner war die Exstirpation eines kleinen Kropfes und diejenige des Uterus mit enormen Blutverlusten verbunden, und auch bei der zweiten Trepanation wurde kein Gehirntumor gefunden, so dass dem Operateur energische Vorwürfe seitens eines hervorragenden deutschen Chirurgen nicht erspart blieben. So viel zur Steuer der Wahrheit. Indess ist auch in dieser Beziehung die Chirurgie resp. Gynäkologie früher schon mit gutem Beispiel vorangegangen. Ich brauche bloss an das Turnier zwischen Gustav Simon und Nathan Bozemann zu erinnern, welches freilich nicht auf einem Congress stattfand. Derartige Vorkommnisse sind ausserordentlich instructiv, die verschiedenen Nationen sollen sich eben auf diesen Congressen unter einander messen, aber nicht bloss in Worten, sondern auch in Thaten. Und es wäre eine wichtige Aufgabe für weitere Congresse, auch in dieser Beziehung nicht wie bisher Manches dem Zufall zu überlassen, sondern schon Monate lang vorher mit den Gelehrten, welche seit dem letzten Congresse wichtige Entdeckungen, Erfindungen, Methoden producirt haben, in Verbindung zu treten und sie zu veranlassen, dieselben auf dem Congresse selbst zu demonstriren resp. etwaige neue Operationen vor einer gewählten Corona auszuführen.

Nun gestatten Sie mir zum Schluss noch die Frage, wie viel von den ca. 4000 ausländischen Aerzten wohl nach Moskau gereist sein würden oder gar in den Kaukasus und die Krim, nach Nischni-Nowgorod oder Finland und seinem Imatra, wenn der Congress nicht in Moskau gewesen und die Fahrt nicht frei gewesen wäre? — ich glaube kaum der fünfzigste Theil! Und warum hat die russische Regierung all' diese Freifahrten bewilligt? Nun weil sie die Bedeutung dieser Congresse kannte und sicher wissen konnte, dass mit dieser Hilfe — deren sich ja Italien auch schon theilweise bedient hatte — auch der russische Congress seinen 11 Vorgängern nicht nachstehen würde. Weiter aber auch in der Hoffnung, die massenhaften Vorurtheile, die in Bezug auf russische Zustände bisher noch im Auslande existiren, nach Kräften zu vermindern. Dass ihr dieses in vieler Beziehung vollständig gelungen ist, werden Tausende der Congressbesucher dankbar anerkennen. Und ich kann meinem Freunde A. Martin nur mit Freuden beistimmen, wenn er sagt: «Zu den überwältigenden Eindrücken, welche diese urrussische Stadt mit ihren «nationalen Eigenthümlichkeiten und der Fülle von Kunstschätzen, «ihren historischen Bauwerken und Einrichtungen bot, haben «unsere Moskauer Collegen und mit ihnen alle russischen Fachgenossen es verstanden, den Moskauer Congress zu einem «bedeutungsvollen Ereigniss zu gestalten, das in «der Geschichte der internationalen medicinischen Congresse «eine glänzende Episode darstellt, reich an fachwissenschaftlichen Arbeiten, überreich durch die Erweiterung «unserer kulturhistorischen Kenntnisse, hervorragend durch die Collegialität der russischen Aerzteschaft!»

Und das nennt ein deutscher College einen Reinfall!

M. H.! Es wird sehr schwer sein, einen solchen Congress noch zu übertreffen. Indessen möglich wäre vielleicht auch das noch: Wenn nämlich das so kühn aufstrebende Japan, dessen Vertreter in Moskau in deutscher Sprache von einer Einladung nach Tokio sprach, diese wirklich wahr machte und etwa sechs seiner grossen Panzer nach Triest, Brindisi oder Genua schickte, um die 3000 europäischen Congressisten frei und sicher an seine herrlichen Gestade zu fahren. M. H.! Wenn ich dann noch lebte und gesund wäre, ich führe mit, wenn auch nur — um mit dem besten Kenner des Congressmannes zu reden — als Congressbummler oder Congressparasit.

Unfallversicherung für Studirende der Medicin.

Von Dr. *A. Kayserling* in Heidelberg.

Eine dankenswerthe Neuerung, welche der Beachtung weiterer Kreise werth ist, wurde mit Beginn dieses Semesters an der Universität Heidelberg getroffen; in Folge eines Vertrages mit einer Versicherungsgesellschaft sind nämlich von Seiten der zuständigen akademischen Behörde die Studirenden, welche am chemischen und physikalischen Unterrichte theilnehmen, gegen Unfälle versichert worden, welche ihnen während des Unterrichtes, bei Vornahme von Uebungen oder bei Excursionen zustossen.

In ebenso hohem Maasse als die Studirenden der Chemie und Physik sind die Mediciner während ihres Studiums Gefahren ausgesetzt, welche eine bleibende Beeinträchtigung ihrer Arbeitsfähigkeit zur Folge haben können, und es würde jedenfalls von Seiten der Betheiligten dankbarst anerkannt werden, wenn auch sie gegen die Nachtheile einer während des Studiums erworbenen bleibenden Arbeitsunfähigkeit durch Unfallversicherung geschützt würden. — Eine keineswegs leichte Aufgabe wird die Feststellung der Schädigungen bilden, welche unter den Begriff des Unfalls zu rechnen sind. — In erster Linie würden alle Wundinfectionen hierunter zu beziehen sein, welche der Mediciner ohne sein Verschulden nachweislich bei seinem Studium sich zuzieht, wie z. B. durch Schneiden bei den Präparirübungen, im Operationscurs, im Sectionscurs oder durch Infection mit syphilitischem Virus, welche bei gynäkologischen Untersuchungen und sonstigen Operationen am Genitalapparat erworben ist.

Schwieriger gestaltet sich die Beantwortung der Frage, ob auch die Ansteckung durch acute Infectionskrankheiten als Unfall aufgefasst werden darf. Da selbst bei grösster Vorsicht ohne Verschulden eine Ansteckung erfolgen und diese ursächlich eine bleibende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nach sich ziehen kann, so muss diese Frage principiell bejaht werden. Um einen concreten Fall anzuführen: ein Student inficirt sich an einem Scharlachkranken, den er als klinischer Praktikant zu besuchen hat; die Krankheit selbst heilt, aber es entwickelt sich eine chronische Nephritis; unzweifelhaft hat dieselbe eine bleibende Verminderung seiner Arbeitskraft zur Folge, insofern der davon Betroffene sich nie den Anstrengungen einer umfassenden Praxis wird aussetzen dürfen, und in diesem Falle wäre eine Entschädigung durch eine jährliche Rente unbedingt am Platze.

Im Einzelnen wird allerdings der Nachweis, wie und durch wen die Infection erfolgt ist, oftmals schwer zu führen sein, aber das darf keinen Grund abgeben, die acuten Infectionskrankheiten in diesem Sinne nicht als Unfälle aufzufassen.

Anders verhält es sich mit den chronischen Infectionskrankheiten: mit Rücksicht auf die Unmöglichkeit, sowohl den Beginn der Krankheit wie die Infectionsquelle mit Sicherheit festzustellen, wird man wohl darauf verzichten müssen, auch auf diese Krankheiten die Versicherung auszudehnen. Vielleicht liesse sich jedoch in der Weise ein Ausweg finden, dass dem Eintritte in die Versicherung eine Untersuchung vorherginge, und dass je nach dem Ergebnisse es dem Ermessen der Versicherungsgesellschaft anheimgestellt ist, ob sie gegen entsprechend höhere Prämie auch für den Fall chronischer Infectionskrankheiten versichern will.

Was den Modus der Versicherung anbelangt, so würde man darin dem mustergiltigen Vorbilde der naturwissenschaftlichen Facultät zu Heidelberg sich anschliessen können, welcher überhaupt das Verdienst gebührt, in dieser Frage bahnbrechend gewirkt zu haben, und nach folgenden Principien den Vertrag feststellen:

1) Die medicinischen Facultäten als solche versichern ihre Angehörigen gegen die Folgen der Unfälle, welche ihnen während des akademischen Studiums im Berufe zustossen; 2) der Versicherte erhält nur dann eine Entschädigung oder jährliche Rente, wenn aus dem Unfalle eine bleibende theilweise oder bleibende gänzliche Arbeitsunfähigkeit resultirt, aber für den blossen Krankheitsfall ohne nachfolgende bleibende Schädigung hat der Versicherte keinen Anspruch auf Entschädigung; 3) die Versicherung — und das ist von ganz besonderer Wichtigkeit — muss von Seiten der zuständigen staatlichen Behörde für alle Studirenden der Medicin obligatorisch gemacht werden; dadurch wird die Prämie, welche der Einzelne zu entrichten hat, in mässiger Höhe sich halten. —

Im Interesse der Studirenden wäre es jedenfalls als ein erfreulicher Fortschritt zu begrüssen, wenn die medicinischen Facultäten ihre Angehörigen gegen die Folgen einer beruflich während des Studiums erworbenen Invalidität schützen würden.

Referate und Bücheranzeigen.

Kossel: Ueber die einfachsten Eiweisskörper. Sitzungsbericht der Gesellschaft zur Beförderung der ges. Naturwissenschaften zu Marburg. 1897. Nr. 5.

Man hat zum Studium der Eiweisskörper, zur Erkennung ihrer Constitution und zu Versuchen über ihre Entstehung und Umwandlung im lebenden Organismus bisher complicirt zusammengesetzte Eiweisskörper benutzt, aus dem Grunde, weil die einfacheren Glieder der Gruppe wenig bekannt sind. Man wird aber erst dann erfolgreich zur Lösung dieser Frage schreiten können, wenn die Möglichkeit gegeben ist, vom einfachsten Typus auszugehen. Es ist daher für die physiologische Forschung von grösster Bedeutung, dass Kossel Stoffe näher studirt hat, welche nach seinen Untersuchungen den Eiweisskörpern zuzuzählen sind und dabei eine einfachere Zusammensetzung zeigen, als alle bisher bekannten Eiweiss-Substanzen. Es sind das die von Miescher entdeckten Protamine, welche aus den Spermatozoen-Köpfen verschiedener Fische gewonnen und als Sturin (Protamin des Störs), Salmin (Protamin des Lachses), Clupein (Protamin des Herings) bezeichnet werden. Es sind starke Basen, welche mit Säuren wohl charakterisirte Salze bilden. Sie zeigen zahlreiche Fällungsreactionen des Eiweisses, unterscheiden sich von diesen aber dadurch, dass sie durch Mittel, welche Eiweiss nur bei Gegenwart von Säure fällen, wie z. B. Picrinsäure, Phosphorwolframsäure, Ferrocyankalium, bei neutraler, ja sogar alkalischer Reaction gefällt werden. Bei ihrer Zersetzung liefern die Protamine Basen, welche auch als constante Zersetzungsproducte bei der Hydrolyse der Eiweisskörper in jüngster Zeit bekannt geworden sind: Arginin, Histidin, Lysin. Daraus lässt sich nach Kossel der Schluss ziehen, dass die Atomverkettung in den Eiweisskörpern analog ist derjenigen in den Protaminen und dass die Eigenschaften, welche die Eiweisskörper mit den Protaminen gemeinsam haben, eben aus dem Vorhandensein dieser Atomgruppe sich ergeben. Weitere solche Eigenschaften sind die Linksdrehung und namentlich die Biuret-Reaction. Durch die Einwirkung von Trypsin zerfällt Protamin und es entstehen wiederum die Basen Arginin, Histidin und Lysin. Dabei kommen leicht lösliche Zwischenstufen zur Beobachtung, welche auf gleiche Stufe mit dem Pepton zu stellen sind. Nach Allem scheinen die Protamine als Kern im Eiweissmolecül zu stecken und die einfachsten von den bisher bekannten Eiweisskörpern darzustellen. F. Voit.

Dr. Paul Reichel: Lehrbuch der Nachbehandlung nach Operationen. J. F. Bergmann, Wiesbaden 1897.

Das vorliegende Buch behandelt in 32 Vorlesungen den wichtigen in der Ueberschrift genannten Gegenstand. Elf Vorlesungen sind dem allgemeinen Theil (Nachbehandlung aseptischer Wunden, auch solcher in inficirtem Gewebe, bei Störungen des Wundverlaufes, Wundinfectionskrankheiten, nach Operationen an Knochen, Gelenken, Amputationen, Vermeidung von Contracturen), die übrigen 21 dem speciellen Theil (Schädel, Gesicht, Mundhöhle etc., Hals, Thorax, Laparotomie, Herniotomie, Darm, Nieren, Harnblase etc., Genitalien, Wirbelsäule, Extremitäten) gewidmet.

Das Buch bietet mit seinem reichen Inhalt etwas völlig Neues. Noch nie ist in so gediegener Weise und aus der Feder eines so erfahrenen Chirurgen der Versuch gemacht worden, dem praktischen Arzte eine Darstellung der bei der Nachbehandlung nach Operationen verfügbaren Hilfsmittel zu geben. In jedem Capitel tritt die reiche Erfahrung, die sorgfältige Krankenbeobachtung und die kritische Verwerthung des Selbsterlebten zu Tage. Für jüngere Assistenzärzte an Krankenhausabtheilungen, für praktische Aerzte, welche früher oder später nach einer Operation die Patienten zur Weiterbehandlung übernehmen, ist das Buch unentbehrlich. Und für alle diejenigen Aerzte, welche die praktische Schulung an einer chirurgischen Krankenhausabtheilung vermissen, bietet das Buch in gewisser Weise einen Ersatz für das Entbehrte. So wünschen wir dem Buche grosse Verbreitung in der Ueberzeugung, dass die Aerzte durch das Studium desselben reichen Gewinn für den praktischen Beruf davon haben werden. Helferich.

Penzoldt-Stintzing: Handbuch der Therapie innerer Krankheiten. In 7 Bänden. 2. theilweise umgearbeitete Auflage, 1897. Gustav Fischer, Jena. Subscriptionspreis, brochirt 90 M., in Halbfranzband 105 M.

Wenn bei einem umfangreichen und dementsprechend theuereren Werke die 2. Auflage sich fast unmittelbar an die Fertigstellung der ersten anschliesst, so können die Herausgeber mit Recht ein Bedürfniss für dasselbe in Anspruch nehmen. Dem Penzoldt-Stintzing'schen Handbuch ist dieses glückliche und seltene Geschick zu Theil geworden. Es beginnt soeben in 2. Auflage zu erscheinen, deren erster Band, die Behandlung der Infectionskrankheiten umfassend, bereits fertig vor uns liegt. Auch von dem 2. Bande, der die Behandlung der Krankheiten des Stoffwechsels, des Blutes und des Lymphsystems enthält, ist das erste Drittel — Therapie der Fettleibigkeit, Abmagerung, Gicht, Phosphaturie, Oxalurie, Haemoglobinurie, Diabetes mellitus und insipidus — schon herausgekommen. Die weiteren Abschnitte werden in rascher Folge erscheinen, so dass das ganze Werk 1898 seinen Abschluss findet. Die neue Bezeichnung «Handbuch der Therapie» statt, wie früher, der «speciellen Therapie», ist durch die zahlreichen Capitel allgemein-therapeutischen Inhaltes vollauf gerechtfertigt. Eine Gliederung des Werkes in 7 statt wie früher in 6 Bände wird seiner Handlichkeit sehr zu statten kommen. Die einzelnen Bände sind zu erhöhtem Preise auch einzeln käuflich.

Ueber die Vorzüge des Werkes braucht sich Referent heute nicht eingehend auszulassen, nachdem er sie bei Gelegenheit von Besprechungen der ersten Auflage wiederholt hervorgehoben hat. Es war ein sehr glücklicher Gedanke, die grosse Zahl wissenschaftlich tüchtiger und erfahrener Aerzte, welche das Mitarbeitercollegium des Handbuches bildet, zu einer Darlegung speciell des therapeutischen Standes unserer Wissenschaft zu veranlassen, ein Gedanke, dem die Praktiker, für welche die Medicin in erster Linie Heilkunde und nicht eine biologische Disciplin ist, wärmsten Dank wissen müssen. Dass aus dem Werke kein therapeutischer Katechismus, kein blosses Receptbuch grossen Stiles werden würde, dafür bürgten die hervorragenden wissenschaftlichen Qualitäten seiner Bearbeiter. Der Stoff ist allseitig mit pathologischen und klinischen Ausführungen durchwebt und es sind dem therapeutischen Hauptinhalte bei den einzelnen Erkrankungen immer kurze Abschnitte aetiologischen, pathologisch-anatomischen, diagnostischen und prognostischen Charakters vorangestellt. Es bedeutet keine Uebertreibung, dass ein solches Werk für den praktischen Arzt eine kleine Bibliothek ersetzt. Aber auch der wisssenschaftlich thätige Arzt wird gern zu ihm greifen, da es ihm die Anschauungen der bearbeitenden Autoren vermittelt, die sonst sich vielleicht nirgends niedergelegt finden und da es in sorgfältigen Literaturübersichten rasch zu den Quellen hinleitet, aus denen sein übriger Inhalt geschöpft ist.

Moritz-München.

E. von Hofmann. Director des gerichtlich medicinischen Instituts in Wien: **Atlas der gerichtlichen Medicin,** nach Originalen von Maler A. Schmitson. Mit 56 farb. Tafeln und 193 schwarzen Abbildungen. München, J. F. Lehmann 1898. Preis elegant gebunden 15 M.

Diese Jconographie füllt eine wirkliche Lücke in der forensisch medicinischen Literatur aus. Der alte, recht brauchbare Atlas

von Casper hat nur 10 Tafeln, der neueste Atlas von Lesser kostet nicht weniger als 180 M., ein Preis, vor dem sogar eifrige Bibliophilen erbleichen könnten. Die Handbücher der deutschen Autoren sind meistens ohne Bilder, mit fast alleiniger Ausnahme des von Hofmann'schen. Einige recht schöne Bilder gibt Dittrich in seinem gediegenen Lehrbuch. Das vierbändige Handbuch von Maschka hat nur wenige, ziemlich rohe Holzschnitte. Die Abbildungen bei Kornfeld sind theils schlecht, theils überflüssig. Was soll es dem Gerichtsarzte nützen, das Porträt der pygopagen ungarischen Schwestern Helena und Judith vor sich zu haben?

Die Bilder, die uns der zu früh dahingegangene Forscher gibt, sind fast nur Originale. Taf. 56 ist dem Handbuche von Orfila und Lesueur (1835) entlehnt, Taf. 44 (Sublimatniere) ist aus Bollinger's Atlas (natürlich mit Quellenangabe). Für Studirende und angehende Amtsärzte ist dieses letzte Werk E. v. Hofmann's geradezu unentbehrlich. Es bildet zu jedem Handbuche der forensischen Medicin einen Commentar und ein Supplement. Aber auch der so oft zu Legalobductionen beigezogene praktische Arzt wird sich im Besitze des Buches sicherer fühlen. Der Stoff vertheilt sich folgendermaassen:

Fig. 1 bis 62 zeigt in schwarzen, photographisch getreuen Bildern die verschiedenen Formen und Veränderungen des Hymen. Fig. 63 bis 78, mit Tafel I—IV illustriren forensisch wichtige Zustände der weiblichen Genitalsphäre, wobei auch die Vorkommnisse bei criminellem Abortus berücksichtigt werden.

Fig. 78—86 mit Tafel 5 bis 7 sind den Zuständen der Neugeborenen (Kindstödtung, Erstickung, Schädelverletzungen) gewidmet.

Fig. 87—100 mit Tafel 8 bis 12 behandeln die Laesionen des Schädels und seines Inhalts bei Erwachsenen.

Fig. 101—169 mit Tafel 13 bis 20 geben Bilder von den Vorkommnissen bei Mord und Selbstmord, wobei besonders die Schusswunden in lehrreichster und vollständigster Weise dargestellt sind (Fig. 121—140).

Es folgen nun einige Figuren (mit Taf. 21), welche die verschiedenen Grade der Verbrennungen zur Anschauung bringen.

Die Veränderungen bei Tod durch Luftabschluss (Erhängen, Erdrosseln) sind auf Taf. 22—24 und in Fig. 173—185 versinnlicht.

Die Submersion illustrirt Taf. 25—29; besonders die Tafeln 28—29 sind höchst belehrend.

Die Vergiftungen sind auf Taf. 30—51 trefflich erledigt; hier waren freilich die Schwierigkeiten für den Künstler am grössten.

Auf Tafel 52 ff. mit Fig. 188—189 sind eine Reihe von wichtigen Leichenveränderungen abgebildet.

Sämmtliche Abbildungen sind durch vortreffliche Textbeilagen ausführlich erklärt*). Der fabelhaft niedrig gestellte Preis macht die Anschaffung jedem Arzte möglich. Nicht nur der Novize, nein, auch der im Dienste der forensischen Medicin ergraute Amtsarzt wird das Werk mit reicher Belehrung studiren und wiederholt zu Rathe ziehen. J. Ch. Huber-Memmingen.

Neueste Journalliteratur.

Zeitschrift für klinische Medicin. 33. Band. 1. u. 2. Heft.

1) A. v. Korányi: **Physiologische und klinische Untersuchungen über den osmotischen Druck thierischer Flüssigkeiten.** (Aus der med. Klinik in Budapest.) (Schluss folgt.)

2) E. Flatau: **Das Gesetz der excentrischen Lagerung der langen Bahnen im Rückenmark.** (Mit 4 Tafeln.) (Aus dem anatomischen Institut [Waldeyer] und dem Krankenhause Moabit [Goldscheider] in Berlin.)

Zu einem kurzen Referate nicht geeignet.

3) K. Georgiewsky: **Ueber die Wirkung der Schilddrüsenpräparate auf den thierischen Organismus.** (Aus der Klinik von Popoff in Petersburg.)

Nach einer Uebersicht über die Literatur geht Verfasser auf seine eigenen Versuche an Hunden und Kaninchen, welche mit Ochsenschilddrüsen angestellt wurden, ein und berichtet folgende Resultate. Bei Hunden tritt bei wiederholter subcutaner Application des Drüsensaftes oder eines Glycerinextraktes und bei wiederholter Fütterung mit rohen oder gekochten Drüsen Beschleunigung der Herzthätigkeit, Temperatursteigerung, Beschleunigung der Athmung, Diurese, Polyphagie, Polydipsie, Azoturie, zeitweise Glykosurie ein, ferner Anfangs eine gewisse Erregung, später allgemeine Depression, Schwäche, Verlust des Appetites, Durchfall, Erbrechen, zuweilen Albuminurie, eitrige Conjunctivitis, Schwäche der Extremitäten, besonders der hinteren, Zittern und Lähmungen derselben, zuweilen Anaesthesie des ganzen Körpers, Fehlen der Reflexe, klonische Krämpfe und schliesslich Tod des Thieres ein; bei subcutaner Injection rascher wie bei Fütterung; bei jungen, noch wachsenden Hunden sind die Erscheinungen ausgeprägter als bei alten erwachsenen Hunden. Bei reiner Fleischnahrung tritt keine Glykosurie ein, bei einer hauptsächlich aus Kohlehydraten bestehenden Nahrung tritt sie schneller ein als bei gemischter. Entwicklung von Struma oder Exophthalmus wurde nicht beobachtet. Sistirung der Drüsenapplication zu einer Zeit, wo noch keine starken nervösen Erscheinungen bestehen, führt wieder zur Erholung der Thiere. Im entgegengesetzten Falle konnten die Thiere nicht durch Aussetzen der Drüsenanwendung gerettet werden. Bei Kaninchen traten dieselben Erscheinungen ein mit Ausnahme der Glykosurie, die Paresen waren nur sehr schwach ausgeprägt, der Tod trat schneller ein. Bei Hunden, die im Stickstoffgleichgewicht sich befanden, trat eine Erhöhung der Stickstoffausscheidung ein, ebenso waren die Chloride, Phosphate und die gesammte Schwefelsäure des Harns vermehrt. Die Vermehrung des ausgeschiedenen Stickstoffs wird hauptsächlich durch Erhöhung der Harnstoffausscheidung bedingt. Die Assimilation des Nahrungsstickstoffs leidet, wenn noch keine Magendarmerscheinungen vorhanden sind, nicht, verbessert sich sogar oft etwas. An der Entwicklung der Tachykardie haben weder die N. accelerantes noch die N. vagi einen Antheil, sondern sie hängt von einer Erregung der excitomotorischen Apparate des Herzens ab. Bei Entwicklung der Tachykardie steigt der Blutdruck. Pathologisch-anatomisch fand sich starke Atrophie des Fettgewebes und der Skeletmusculatur, Hyperaemie der Nieren, stellenweise fettige Degeneration des Epithels der gewundenen Canälchen, einmal Hyperaemie der Leber, immer Hyperaemie des Gehirns, besonders der Med. oblong. und capillare Blutungen in derselben, Blässe, Gelbfärbung und Verkleinerung der Schilddrüsen, wobei die Alveolen durch den colloidalen Inhalt erweitert, das Epithel seine cubische Form verloren hat, abgeplattet ist, die Kerne desselben sich stärker färben, die Blut- und Lymphgefässe zusammengepresst sind und die Alveolwände oft zerrissen und durchbrochen sind. Bei subcutaner Injection des Drüsensaftes oder bei Fütterung mit den rohen Drüsen, traten keinerlei acute Erscheinungen auf. Intravenöse Injection ruft im Lauf der ersten 20 Minuten weder Beschleunigung der Herzthätigkeit noch Blutdrucksteigerung hervor. Aus den Untersuchungen geht ferner hervor, dass die Ochsenschilddrüsen, obwohl sie kein Jod enthalten, dennoch wirksam sind. Dafür, dass der Thyreoidismus durch eine einzige Substanz hervorgerufen wird, spricht die Beständigkeit des Bildes bei den verschiedenartigen Zubereitungen der Drüsen. Das Bild des Thyreoidismus spricht nicht zu Gunsten einer Verwerthung der Schilddrüsentherapie bei Morbus Basedowii. Endlich ist die Anwendung der Schilddrüsenpräparate durchaus nicht ungefährlich, da nach langdauernder Anwendung der Kräfteverfall durch Aussetzen nicht immer zum Stillstand gebracht werden kann.

Lindemann-München.

Centralblatt für innere Medicin. 1897. No. 45.

A. Kasem-Beck-Kasan: **Zwei Fälle von Tricuspidalstenose, mit Mitral- und Aortenklappenfehler verknüpft.**

Verfasser theilt 2 Krankengeschichten von combinirten Herzfehlern mit, bei denen intra vitam eine Tricuspidalstenose nicht constatirt werden konnte. In beiden Fällen ergab die Section Tricuspidalstenose, ferner Mitralfehler (Insufficienz und Stenose), Stenose und Insufficienz des Aortenostiums und bei einem Patienten ausserdem Pericarditis. Die Combination der Tricuspidalstenose mit Mitral- und Aortenfehlern bildet, wie Verfasser aus der Literatur nachweist, die Regel. Reine Tricuspidalstenose ist sehr selten.

W. Zinn-Berlin.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 46. Band. Leipzig, Vogel, 1897.

Festschrift zum 50jährigen Jahrestage der Eröffnung des Krankenhauses Bethanien.

1) v. Steinau-Steinrück: **Beitrag zur Entwicklung der Heilanstalt des Centraldiakonissenhauses Bethanien in Berlin 1847—1897.**

2) E. Rose: **Eine förmliche Art von Berufskrankheit.**

R. berichtet über Zufälle, wie sie sich nach der Aufnahme von Nähnadeln in den Körper zugetragen haben. Einen Fall von Verletzung des Herzens durch eine Nähnadel mit tödtlicher Blutung hat er schon früher beschrieben. In Bethanien beobachtete er eine tödtliche Meningitis, die durch Eindringen einer Nähnadel in den Wirbelcanal entstanden war.

3) E. Rose: **Die Sondencanüle. Studien über die substernale Verengung der Luftröhre.**

Für die substernale Verengung der Luftröhre empfiehlt Verfasser seine Sondencanüle. Dieselbe muss bis zur Bifurcation herunterreichen, unten gut abgerundet sein und einen Bügel haben, mit dem man den sagittalen Sattel der Bifurcation gut fühlen kann. Bei einer Patientin mit hochgradiger syphilitischer Narbenstrictur der Luftröhre hat sich diese Canüle recht gut bewährt.

---

*) Nur bei Fig. 190—91 fehlt eine genaue Erklärung.

Im Anhang theilt R. die Krankengeschichte eines Patienten mit, dem eine zum Reinigen der Canüle verwendete Bürste in der Luftröhre abgebrochen und in den rechten Bronchus gerathen war, wo dieselbe bei der Section gefunden wurde. Der Fall ist eine Mahnung, nicht mit beweglichen Instrumenten tief in die Trachea hineinzugehen.

4) E. Rose: **Die unheilbaren Harnblasenfisteln am Bauch der Greise.** Ein Beitrag zur Werthschätzung der Castration.

Ein bei einem 64 jährigen Kranken wegen Prostatahypertrophie und Stricturen ausgeführter hoher Blasenschnitt hatte eine Fistel hinterlassen, die durchaus keine Neigung zur Heilung zeigte. B. machte die Castration; nach drei Wochen war die Fistel geheilt.

R. ist sehr eingenommen für die Castration bei Prostatahypertrophie, die er in 7 Fällen ausgeführt hat. Die Prostatectomie scheint ihm weniger rathsam. Sämmtliche 7 prostatectomirte Kranke sind im Anschluss an die Operation gestorben.

5) E. Rose: **Ueber Incarceratio stercoralis, die Kothverstopfung der Brüche (der angeblich erste Grad der Einklemmung.)**

R. unterscheidet von der Incarceration der Brüche die Kothverstopfung, bei der es nie zu Darmabknickung oder Gangraen kommt, welche nur durch Erschöpfung zum Tode führt. Zwei derartige Fälle werden beschrieben. Bei der Section des ersten fand sich in dem Bruch ausser Dick- und Dünndarm das Pankreas; nirgends eine Spur von Gangraen, nirgends Eiterbelag. In dem zweiten Fall war ein ähnlicher Befund; hier fand sich der Pylorus im Bruchsack. Der dritte Fall betraf ein Kind, bei dem sich im Bruchsack Darm mit ganz harten Kothsteinen fand.

6) Herzog-Berlin: **Die Perityphlitis, vom chirurgischen und internen Standpunkte beurtheilt.**

Die Arbeit gründet sich auf das Studium von 346 Krankengeschichten und ist als werthvoller Beitrag zur Lehre von der Perityphlitis zu betrachten. Hinsichtlich der von manchen Autoren geleugneten Typhlitis stercoralis hält Verfasser an dem Vorhandensein einer solchen fest. Interessant ist das Ergebniss von 33 Sectionen: bei denselben fand sich 31 mal Perforation am Wurmfortsatze, 2 mal an diesem und dem Kolon ascendens. Von den Eintheilungen der Perityphlitis bevorzugt Verfasser die von Rotter in die circumscripte und diffuse Form. Einige Beobachtungen weisen mit Sicherheit darauf hin, dass trotz der Perforation des Wurmfortsatzes Eiter nicht vorhanden zu sein braucht. Das Fieber ist in einem gewissen Grade ein Anhaltspunkt für die Schwere der Erkrankung. Recidive fanden sich unter den 346 Erkrankungen 65 mal, darunter 28 mehrmalige.

Für die Probepunction ist H. nicht besonders eingenommen.

Von 29 wegen circumscripter Perityphlitis Operirten starben 4, von 6 wegen diffuser Perityphlitis Operirten 6.

Die Gesammtmortalität in Bethanien (innere und chirurgische Abtheilung) gestaltet sich folgendermaassen: von 299 Kranken mit circumscripter Perityphlitis starben 13, von 47 Kranken mit diffuser Perityphlitis starben 47.

Bei der Operation der Perityphlitis empfiehlt Rose ausgiebige grosse Schnittführungen. In einem Falle wurde ein zusammenhängender, hufeisenförmiger Schnitt von einer Nierengegend längs der Symphyse zur anderen Nierengegend angelegt (!).

7) Heubach: **Ueber Hallux valgus und seine operative Behandlung nach Edm. Rose.**

H. hält den Hallux valgus für eine statische Deformität im Sinne von J. Wolff. Infolge der vermehrten statischen Inanspruchnahme nimmt die laterale Seite des Gelenkkopfes mit der Zeit an Volumen zu, während die von dem Druck entlastete mediale Seite kleiner wird. Der Gelenkknorpel bleibt dabei überall dort, wo eine Articulation der verschobenen Theile noch stattfindet, vollkommen erhalten, intraarticuläre Knochenwucherungen fehlen völlig. Diese Umstände lassen die Annahme einer Arthritis deformans bei Hallux valgus als völlig irrig erscheinen.

Diese Anschauungen gründen sich auf die sorgfältige anatomische Untersuchung von 20 Capitula metatarsi I, die bei der Operation des Hallux valgus gewonnen wurden. Die einzelnen Veränderungen werden ausserordentlich genau beschrieben, doch ist eine referirende Wiedergabe derselben, zumal ohne Abbildungen, nicht möglich.

Die Behandlung des Hallux valgus nach E. Rose besteht in der totalen Resection der Articulatio metatarsophalangea I, d. h. in der Entfernung sämmtlicher Gelenktheile, des Capitulum metatarsi I, der Basis phalangis I und der Ossa sesamoidea. Die Wunde wird mit 3 bis 4 Nähten geschlossen und drainirt. Bei 16 nach diesem Verfahren operirten Kranken war in der Mehrzahl ein guter Erfolg zu verzeichnen. Einige Misserfolge beruhten auf Complicationen an den Füssen oder anderweitigen körperlichen Leiden.

(Schluss folgt.) Krecke.

Centralblatt für Chirurgie. 1897, No. 45.

Felix Franke-Braunschweig: **Die Amputatio colli femoris als Ersatz der Exarticulatio coxae. (Darmblutung nach elastischer Umschnürung des Leibes.)**

Fr. theilt den Fall einer 56jährigen Frau mit, bei der er wegen tub. Osteomyelitis und Contractur die Reamputation im Schenkelhals ausführte; er empfiehlt die Durchmeisselung des Schenkelhalses in kräftiger Aussendrehung des Schenkels und glaubt, dass sich diese Operation rascher ausführen lässt, als Exarticulation, und dass sich auch, da die nach Exarticulation zurückbleibende Höhle vermieden wird, eine wesentliche Abkürzung der Behandlung erreichen lässt. In einem Fall von Exarticulation wegen Sarkoms beobachtete Fr. nach Anwendung eines aus einer runden porzellanenen Nadeldose improvisirten Aortencompressoriums starken Durchfall mit Blutbeimischung, was er auf Druck auf den Darm resp. Schleimhautquetschung zurückführt und empfiehlt desshalb die Benützung des Esmarch'schen Aortencompressoriums.

P. Klemm-Riga: **Ein Fall von Schussverletzung der Art. u. Vena poplitea.**

Kl. theilt den Fall einer 32jährigen Dame mit, die aus der Nähe einen Schuss in die linke Kniekehle erhalten hatte, und bei der er, obgleich die Blutung aufgehört hatte, wegen des deutlich nachweisbaren systol. Blasens über der Kniekehle Verletzung der Art. popl. diagnosticirte, die Patientin unter Blutleere operirte, Art. und Vena popl. durchschossen fand und nach doppelter Unterbindung die verletzte Gefässstelle resecirte, wonach glatte Heilung eintrat. Kl. schildert nach Berücksichtigung der betr. Literatur die Gefahr der in solchen Fällen entstehenden diffusen Haematome, die zur Compression und Behinderung der collateralen Circulation führen und die Gefahr der sept. Infection begünstigen und sieht die Indication zur Aufsuchung der Quelle der Haematombildung d. h. doppelter Unterbindung klar gegeben, wobei das Wahl'sche Symptom (blasendes Geräusch über der verletzten Stelle) von grösster diagnostischer Bedeutung ist. Schr.

Jahrbuch für Kinderheilkunde. 45 Bd., Heft 2 u. 3.

W. Raudnitz: **Zur Lehre vom Spasmus nutans.** (Fortsetzung folgt.)

W. Knoepfelmacher: **Untersuchungen über das Fett im Säuglingsalter und über das Fettsklerem.**

Der Reichthum des Fettgewebes bei Neugeborenen an hochschmelzenden Fettsäuren und der geringe Gehalt an niedrig schmelzenden Oelsäuren ermöglichen bei starkem Flüssigkeitsverlust und Temperaturerniedrigung das Entstehen des Fettsklerems. Da der Oelsäuregehalt von 43 Proc. beim Neugeborenen rasch sich demjenigen beim Erwachsenen mit 65 Proc. nähert, so dass der Erstarrungspunkt z. B. schon beim zweimonatlichen Kinde auf 28° sinkt, dürfte vom 3. Lebensmonat an Fettsklerem selten, vom 7. Monat an fast nie beobachtet werden.

F. Gernsheim: **Ueber Fettgehalt und Sterilisation der Kindermilch.**

Zur Erzielung gleichen Fettgehaltes ist die Milch vor der Vertheilung in Einzelportionen gut zu mischen. Sterilisation der Flaschen, Verschlüsse, Reinigungsbürste etc. wird durch 20 Minuten langes Kochen in Schmierseifenlösung und Nachspülen mit gekochtem, heissem Wasser erreicht.

C. Rey: **Beiträge zur Pathogenese und Aetiologie des Pavor nocturnus.**

Besonders die adenoiden Vegetationen im Pharynx und andere die Athmung erschwerende Affectionen der Nase und des Rachens führen durch Dyspnoe zur Reizung der pulmonalen Vagusenden und somit zum Pavor nocturnus, seltener eine indirecte Vagusreizung vom Magen und Darm her.

Arbeiten aus der Universitätsklinik zu Breslau.

1) Hijmans van den Bergh: **Einfluss von Alkalizufuhr auf die Ammoniakausscheidung.**

Die erhöhte NH_3-Ausscheidung magendarmkranker Kinder beruht auf einer Vermehrung der im Organismus kreisenden Säuren und wird durch Alkalizufuhr bis auf Null reducirt.

2) A. Czerny: **Respirationsstörungen.**

Die Dyspnoe bei magendarmkranken Säuglingen ohne Lungenaffection beruht analog derjenigen bei säurevergifteten Thieren auf Vermehrung der Säurebildung im Organismus.

3) Czerny und A. Keller: **Säurebildung.**

«Zur Erhöhung der NH_3-Ausscheidung bei magendarmkranken Säuglingen geben fast ausschliesslich die Säuren Veranlassung, welche bei der Spaltung der Nahrungsfette entstehen.» Eiweiss und Zucker haben einen geringen Einfluss auf die Säurebildung. Entweder werden bei vermehrter Fettaufnahme aus der Nahrung abnorme Säuremengen gebildet, die bei normaler Oxydationskraft nicht verbrannt werden, oder diese letztere ist bei magendarmkranken Säuglingen sehr vermindert, so dass auch von normalen Säuremengen, und wie viel mehr von gesteigerten, ein Theil unverändert den Organismus passirt. Die Nahrung magendarmkranker Säuglinge muss also ihrem geringen Oxydationsvermögen entsprechend leicht verbrennbar sein.

4) J. Froehlich: **Ueber Lymphdrüsenschwellungen bei Rachitis.**

Dieselben sind nicht von der Rachitis, sondern von Magendarmerkrankungen, Tuberculose, Hauterkrankungen etc. abhängig und fehlen bei Rachitis ohne vorhergegangene derartige Erkrankungen.

5) P. Koenigsberger: **Ueber die Sterblichkeit der Säuglinge in den Sommermonaten an der sog. Cholera infantum.**

Die hohe Säuglingssterblichkeit im Sommer ist nicht durch eine besondere, nur im Sommer vorkommende Krankheit bedingt und betrifft fast ausschliesslich künstlich genährte, chronisch magendarmkranke Säuglinge.

S. Rey: **Adenoide Vegetationen.**

Zu kurzem Referat nicht geeignete Uebersicht über den Stand der Lehre von den adenoiden Vegetationen.

Analecten. Recensionen. Dr. Siegert-Strassburg.

Centralblatt für Gynäkologie. 1897, No. 45.

1) E. Bumm-Basel: **Zur Kenntniss des Eintagsfiebers im Wochenbett.**

B. beobachtete unter 750 Geburten 22 Proc. fiebernde Wöchnerinnen, als deren Ursache sich Folgendes feststellen liess: Bei 16 Proc. handelte es sich um zufällige Erkrankungen, bei 29 Proc. konnte die Ursache nicht festgestellt werden. Die übrigen 55 Proc. fieberten von den Genitalien aus, u. z. 13 Proc. in Folge von Streptococceninfection, 7 Proc. in Folge von Gonorrhoe, 35 Proc. in Folge von putrider Infection, 0,4 Proc. in Folge von Mastitis, 1 Fall in Folge von Infection mit Colibacillen.

Der letztgenannte Fall verlief tötlich; die Streptococceninfectionen zeichneten sich durch leichten Verlauf und localen Charakter aus. B. erklärt das Entstehen des Fiebers bei Vorhandensein von Fäulnisskeimen in den Lochien durch Stauung derselben. Er konnte diese Stauung in 35 Proc. seiner Fälle direct nachweisen. Meist handelte es sich dabei nur um eine einmalige Temperaturerhebung über 38°, während die längste Dauer des Fiebers 5 Tage betrug. Diese Beobachtungen wurden in der neuen, erst seit $1^1/_2$ Jahren bezogenen Baseler Frauenklinik gemacht.

2) O. Burckhardt-Basel: **Zur Technik der Placentarlösung. Beitrag zum aseptischen Verfahren bei geburtshilflichen Operationen.**

B. hat den Vorschlag Kośmiński's (cf. d. Wochenschr. 1897, No. 33, S. 923), grössere geburtshilfliche Operationen im Speculum auszuführen, für die künstliche Placentarlösung verwerthet und glaubt, damit die Gefahren der Infection vermeiden zu können. Er verwendet dazu eigene, grosse «Nachgeburtsspecula.» In 3 Fällen hat sich die Methode gut bewährt.

3) A. Nordmann-Basel: **Zur Casuistik der Druckmarken.**

N. beobachtete in 2 Fällen congenitale Hautnekrosen an ungewöhnlichen Stellen, einmal am Trochanter major, einmal am Tuber calcanei. Er hält dieselben für Druckmarken, ähnlich denen am Kopfe Neugeborener und weist auf ihre forensische und differentialdiagnostische Bedeutung hin.

4) G. Klein-München: **Die «Hängelage» vor drei Jahrhunderten.**

K. führt die Worte aus Scipione Mercurio's Hebammenbuch vom Jahre 1589 an, aus denen hervorgeht, dass dieser die nach Walcher benannte Hängelage bereits gekannt und «in einer lasterhaften und unnatürlichen Geburt» auch empfohlen hat. La Torre (nicht Dimante, wie Klein irrthümlich angibt. — Ref.) hatte hierauf auf dem Moskauer Congress aufmerksam gemacht.

Jaffé-Hamburg.

Berliner klinische Wochenschrift. 1897, No. 46.

1) Prof. E. Baelz-Tokyo: **Zur Lehre von der Lepra und ihrer Behandlung.**

Schluss des Artikels noch nicht erschienen.

2) O. Schrader-Königshütte: **Ein Fall von traumatischer Lungentuberculose.**

Ein 29jähriger, bis dahin gesunder Arbeiter, bei dem hereditäre tuberculöse Belastung nicht zu ermitteln war, erlitt einen Sturz mit nachfolgender Bewusstlosigkeit. 2 Tage später Fieber, das im weiteren Verlauf einen remittirenden Charakter zeigt, dann Symptome einer Pneumonie im rechten Unter- und Mittellappen. Nach ca. 6 Wochen finden sich zum 1. Mal Tuberkelbacillen im Auswurf. Nach mehreren Monaten ist «der Zustand ein vollendet guter, von der Erkrankung nichts mehr nachzuweisen».

Verfasser hält seinen Fall für den 1. sicheren Beweis, dass durch Trauma eine Lungentuberculose bei einem Gesunden hervorgerufen werden kann, indem er zugibt, dass auch bei seinem Kranken latente Herde in den Lungen bestanden haben könnten. Gestützt scheint dem Verfasser diese Anschauung durch die Anamnese, durch die fortdauernde ärztliche Controle des Krankheitsverlaufes, durch den der Stelle des Traumas entsprechenden Sitz der tuberculösen Erkrankung.

3) A. Freudenberg-Berlin: **Zur Bottini'schen Operation bei Prostatahypertrophie.**

Bei einem 63jährigen Kranken bestand in Folge Prostatahypertrophie eine schwere Cystitis mit Harnretention, so dass fortwährend katheterisirt werden musste; die durch L. Casper vor 3 Jahren ausgeführte doppelseitige Castration erzielte nicht die mindeste Besserung. F. operirte nun mit dem Bottini'schen Incisor, worauf der Residualharn sofort geringer wurde und Patient anfing, wieder spontan zu uriniren; seit 5 Monaten wird kein Katheter mehr benützt, das Allgemeinbefinden hat sich sehr gehoben. Betreffs der Beschreibung des von F. modificirten Bottini'schen Incisors, sowie des von ihm angegebenen Ampèremeters (cfr. Abbildungen) wird auf das Original verwiesen.

4) H. Wolff-Berlin: **Neue Mittheilung zur Vorlagerung des Lidhebemuskels bei Ptosis congenita.**

Verfasser hat die Wirksamkeit der Levator-Vorlagerung in vielen Fällen erprobt. Da aber hiebei eine stärkere Lidschwellung einzutreten pflegte, so hat W. jenes Verfahren modificirt, wodurch diese Complication sich beträchtlich mildern lässt. Auf die Einzelheiten der Operation kann hier nicht eingegangen werden. Die bei der Abbindung des Muskels entstehenden Knoten kommen hiebei auf die vordere Fläche des Tarsus, so dass jeder Druck auf die Cornea vermieden wird.

5) R. Ruge: **Zur geographischen Pathologie der Westküste Südamerikas.**

Verfasser gibt zunächst einen Ueberblick über die klimatischen Verhältnisse der Küste in ihren verschiedenen Abschnitten und bespricht dann kurz Fälle von Lepidia, eine unserer Cholera nostras ähnliche Krankheit; ein Fall an Bord endete tödtlich. 10 Fälle von «katarrhalischem Eintagsfieber», der Grippe ähnlich, kamen an Bord vor; endlich schildert R. 20 Fälle von Verruga peruviana, eine Geschwülste an der Haut bewirkende Krankheit, die Verfasser nicht für eine Abart der Framboesia tropica hält.

6) Below-Berlin: **Die Melanurie, ein Kunstproduct der Chininsalze.**

Referirt pag. 750 der Münch. med. Wochenschr.

7) Künne-Elberfeld: **Kali chloricum.**

Verfaser polemisirt gegen die Ausführungen P. Jacob's (Berl. kl. Wochenschr., No. 27, 1897), über die Giftigkeit des K. chloric., von dem er seit 20 Jahren bis 8,0 g pro die von Kindern und Erwachsenen innerlich nehmen lässt. In dem einzigen Fall von Intoxication wurden von einem 3jährigen Kind 12,5 g im Tag genommen, auch hier trat Heilung ein.

Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1897, No. 47.

1) E. Stadelmann: **Klinische Erfahrungen mit der Lumbalpunction.** (Aus der 2. medicinischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses am Urban in Berlin.)

Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin zu Berlin am 18. October 1897. Referat siehe diese Wochenschrift Nr. 43, p. 1216.

2) V. Uchermann-Christiania: **Laryngitis acuta rheumatica circumscripta (nodosa).**

Neben der unter der Form einer Affection des Crico-arytaenoideal-Gelenks auftretenden Laryngitis rheumatica besteht noch eine andere, seltenere, bisher wenig oder gar nicht beachtete Art, die sich in der Form von begrenzten, stark empfindlichen, röthlichen oder blauröthlichen, ziemlich festen Infiltraten meist in der Umgebung des obengenannten Gelenkes äussert. Der fieberhafte Verlauf, eine rheumatische Disposition und die prompte Reaction auf Salicyl unterscheidet diese Affection von der Syphilis. Ein Vergleich mit dem ja auch auf rheumatischer Basis beruhenden Erythema nodosum wird gezogen und 3 beobachtete Fälle mitgetheilt.

3) H. Maass-Berlin: **Zur operativen Behandlung der Spina bifida occulta.**

Mittheilung eines Falles von Spina bifida occulta bei einem dreijährigen Mädchen, in welchem durch die Operation zwar die durch wahrscheinlich gleichzeitig vorhandene Compressionsmyelitis und Läsion der Centralorgane bestehenden Lähmungserscheinungen der Unterextremitäten, nicht jedoch die trophischen Störungen derselben gehoben wurden.

4) M. David: **Zur Frage des Verhaltens austrepanirter und wieder eingeheilter Schädelstücke.** (Aus der Universitätspoliklinik für orthopädische Chirurgie in Berlin.)

Durch Präparate, die in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins am 8. Februar lfd. Js. demonstrirt wurden, sucht D. die von Barth-Marburg vertretene Ansicht zu widerlegen, dass Knochenpartien, welche aus ihrer Verbindung mit der Umgebung gelöst und dann in ihre normale Lage wieder zurückgebracht wurden, in jedem Falle absterben; eine Behauptung, welche mit den Erfahrungen der chirurgischen Praxis zwar in Widerspruch steht, bisher aber histologisch noch nicht widerlegt worden war.

5) Peter Kaatzer-Hannover: **Ueber verbesserte Instrumente zur Herstellung von Deckglaspräparaten.**

Die durch Abbildungen erläuterten Instrumente bestehen in einer Deckglaspincette, deren Hauptvortheil darin liegt, dass sie als selbständiger Halter des Präparates figurirt und so die beiden Hände frei gibt; ferner in runden Tellerchen von schwarzem Hartgummi zur makroskopischen Untersuchung, aus Platin gefertigten Sputumscalpellen zum Aufstreichen und einem Gummigebläse zum Trocknen des Präparates. Die in der That sehr praktisch erscheinenden Instrumente werden nach Vorschrift geliefert von Nicolai-Hannover.

6) Bruno Leick: **3 Fälle von fieberhaftem infectiösen Ikterus.** (Aus der medicinischen Universitätsklinik in Greifswald. Schluss aus No. 44 u. 45.)

Ausführliche Mittheilung der Krankengeschichte dreier Fälle der sogenannten Weil'schen Krankheit. Das Interessante daran ist, dass alle drei, und noch ein vierter, anderweitig in Behandlung gestandener Patient zu gleicher Zeit in Behandlung kamen, auf demselben Pachthof in Stellung waren und die Entstehung höchstwahrscheinlich auf den Genuss verdorbenen Fleisches zurückzuführen ist. Für die Behandlung erwies sich eine möglichst reiche Flüssigkeitszufuhr in Form von Getränken, täglich mehrfachen Einläufen, und täglichen subcutanen Infusionen von je einem Liter physiologischer Kochsalzlösung von hervorragend günstiger Wirkung.

7) M. Breitung-Coburg: **Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper in der Nase.**

Die vorliegende Mittheilung ist ein Beweis dafür, dass bei

Fällen, in welchen Fremdkörper längere Zeit in der Nase sich befinden und jauchige Processe vermuthen lassen, die sonst beliebten Maassnahmen des «halben Politzer» und der forcirten Wassereinspritzung von der gesunden Seite her, zu verwerfen sind, da sie die Gefahr einer traumatischen, infectiösen Mittelohrentzündung mit sich bringen. F. L.

Wiener klinische Wochenschrift. 1897, Nr. 45.

1) C. Gussenbauer-Wien: **In memoriam Th. Billroth.**

2) Prof. M. Kaposi-Wien: **Zur Frage der Contagiosität der Lepra.**

Von dem Gros der Lepra-Erkrankungen gilt als zweifellos, dass sie eine Infection des Gesammtorganismus darstellen, wenn sie auch manchmal eine Zeit lang local bleiben können. Eine Vermehrung und Verbreitung der Lepra durch Heredität ist wohl möglich. Der allgemein verbreiteten Anschauung von der Contagiosität der Lepra kann Kaposi auf Grund vieler Beobachtungen nicht beitreten, und glaubt, dass sie unter den gewöhnlichen Verkehrsverhältnissen nicht direct übertragbar ist. Hiefür werden eine Menge Beispiele angeführt.

3) A. Fraenkel-Wien: **Ueber die Billroth'sche Methode der Behandlung chirurgischer Tuberculose.**

Die hier gemeinte Behandlung besteht darin, die kalten Abscesse der Knochen und Gelenke zunächst breit zu spalten, sorgfältig zu exkochleiren und in die Höhle Jodoform-Glycerin einzugiessen. Die Wunde wird dann dicht genäht, keine Drainage. Fr. hat damit sehr gute Erfolge gehabt, Fistelbildungen sind zwar nicht ganz selten. Von der Anwendung der Bier'schen Stauungshyperaemie sah Verf. nicht viel Günstiges. Dr. Grassmann-München.

Französische Literatur.

E. Ausset, agrégé à la Faculté de médecine de Lille: **Ueber Haemorrhagien im Verlaufe der Neurasthenie.** (Revue de Médecine, September 1897.)

Ebenso wie die Hysterie, kann die Neurasthenie durch vasodilatatorische Einflüsse Lungen-, Magenblutungen u. s. w. hervorrufen, ohne dass irgend welche organische Schädigungen vorhanden wären. A. beschreibt davon 7 Fälle, wonach sich diese Blutungen meist bei den ausgeprägten Formen der Neurasthenie finden und sich meist in sehr langen, nach Jahren zählenden Pausen wiederholen. Die Prognose ist meist günstig zu stellen, da der Blutverlust selten ein erheblicher ist und das Allgemeinbefinden wenig beeinträchtigt. Bei Magenblutungen ist die Differentialdiagnose von Magengeschwür oder -Krebs wichtig, bei welchen übrigens die Blutmenge viel reichlicher ist. Die Behandlung besteht in den gegen das Grundleiden, die Neurasthenie, üblichen Methoden.

C. Tournier und P. Courmont-Lyon: **Durch den Pneumococcus verursachte eiterige Gelenkentzündung.** (Ibidem.)

Im Verlaufe einer katarrhalischen Pneumonie eingetretene, sehr acute phlegmonöse Kniegelenkentzündung, aus welcher der Pneumococcus gezüchtet wurde und bei Thierversuchen positives Resultat ergab. Nach dem eingetretenen Tode wurde auch in den Lungen, Pleura u. s. w. derselbe Mikroorganismus gefunden.

Sicard, médecin-mayor de 2e classe à Tunisie, und Remlinger, aide-mayor de 1re classe: **Specielle Körperhaltung im Laufe der hypertrophischen Lebercirrhose** (Maladie de Hanot). (Ibidem.)

Eigenthümliche Verschiebung der ganzen rechten Körperhälfte, besonders ausgeprägt der oberen Extremität, bei einem 23jährigen, mit obiger Krankheit behafteten Soldaten, ohne dass irgend eine anatomische Veränderung nachzuweisen wäre; es ist also eine rein functionelle Störung anzunehmen.

L. Lamacq: **Ueber einige Fälle von Narkolepsie.** (Ibidem.)

Unter Anführung von zwei eigenen Beobachtungen und unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur kommt L. zu dem Schlusse, dass diese Schlafsucht nicht eine Krankheit für sich, sondern nur ein bei verschiedenen Krankheitszuständen vorkommendes Symptom ist. Man kann davon eine grosse Anzahl unterscheiden, wobei das äussere Bild vom normalen Schlaf bis zum Coma wechselt. Eine directe Behandlung gibt es nicht, die Excitantien sind eher schädlich, und nur das Grundleiden muss behandelt werden.

M. und H. Labbé: **Der normale Magenchemismus des Säuglings, seine Veränderungen bei der Rachitis und bei Darmerkrankungen.** (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, September 1897).

Nach den an 40 Kindern angestellten Untersuchungen ergibt sich:

1) Im normalen Magensaft von Kindern unter 2 Jahren ist während der Verdauung nie freie Salzsäure vorhanden.

2) Der Gesammtsäuregehalt, gering beim Neugeborenen, nimmt sehr schnell während der ersten Monate zu, Dank der Gährungsvorgänge im Munde, dann steigt er langsamer, parallel mit den organischen Chlorverbindungen.

3) Bei Rachitis nimmt das an Mineralsalze gebundene Chlor zu, das mit organischen Verbindungen zusammenhängende ab, die Totalacidität nimmt zu, freie Salzsäure ist vorzeitig vorhanden. Mit zunehmendem Alter nähert sich der Magensaft des Rachitischen allmählich dem normalen.

4) Der Magenchemismus von Neugeborenen, welche mit Diarrhoe behaftet sind, ist ausserordentlich wechselnd, meist ist das mit organischen Stoffen zusammenhängende Chlor vermindert, ebenso die Totalacidität; freie Salzsäure erscheint vorzeitig.

Briquet: **Myxoedem beim Erwachsenen.** (La Presse médicale, No. 83.)

Der ausführlich beschriebene Fall hatte 19 Jahre bestanden; die Thyreoidbehandlung war in diesem Falle sehr erfolgreich und der Kranke verlor in weniger als 3 Monaten 35 Pfund Körpergewicht trotz zeitweiliger Unterbrechung der Schilddrüsentherapie. Kritische Bemerkungen über die Pathogenese des Myxoedems und die bisher aufgestellten Theorien.

L. E. Dupuy, médecin des hôpitaux: **Zur Epidemiologie der Psittacosis (Papageienkrankheit).** (Progrès médical, No. 41 und 42, 1897.)

Historischer Ueberblick über diese eigenthümliche Infectionskrankheit, welche zum ersten Male im Jahre 1892 in Paris aufgetreten ist und seitdem beinahe jedes Jahr kleine Epidemien hervorrief. Mit den 2 genau beschriebenen Fällen, welche D. in diesem Jahre beobachtete, ergaben sich im Ganzen 70 Fälle, wovon 24 mit tödtlichem Ausgange. Diese relativ hohe Sterblichkeit (über 34 Proc.) macht es erklärlich, warum Aerzte und Behörden der Papageienkrankheit nun erhöhte Aufmerksamkeit schenken. Nachdem auch der Krankheitserreger bacteriologisch erwiesen ist, stellt sie sich als eine ganz specifische Infectionskrankheit dar, welche von Thier (Papagei) auf Mensch, von Mensch auf Mensch, sowie auch von den durch die Thiere verunreinigten Gegenständen auf diesen übergehen kann. Dem in der Abhandlung genau beschriebenem Symptomenbilde schliessen sich die ausführlich dargelegten prophylaktischen Maassregeln an, welche sich theilweise schon aus der Aetiologie ergeben.

J. Preobragensky-St. Petersburg: **Die physikalischen Grundlagen der antiseptischen Wundbehandlung.** (Annales de l'institut Pasteur, September 1897.)

Auf Grund exacter Laboratoriumsversuche kam P. zur Ueberzeugung, dass unsere moderne Wundbehandlung (Anti- und Asepsis) keineswegs die bacterientödtenden Eigenschaften besitzt, die man ihr gewöhnlich zuschreibt, denn es ist bekannt, dass man mit den schwersten Verfehlungen gegen diese Methode nicht minder gute Resultate erzielen kann. Auf theoretische Erwägungen, nicht experimentelle Thatsachen gestützt, haben diese Behandlungsmethoden eine Disharmonie zwischen klinischen Beobachtungen und bacteriologischen Untersuchungen hervorgerufen. Es gibt nach P. Bedingungen, unter welchen die Wunden (frisch oder granulirend) weder die im Verbande befindlichen chemischen Stoffe, noch die Bacterien und deren Producte (pyogene Mikroben wie die Erreger des Erysipels, des Milzbrandes, den Streptococcus u. s. w.) resorbiren. Das Experiment hat gezeigt, dass diese Bedingungen in den physikalischen Eigenschaften des Verbandmaterials und des umgebenden Mittels liegen, und diese die sichersten und mächtigsten Waffen im Kampfe gegen die Mikroorganismen sind. Die brillanten Erfolge der modernen Chirurgie bei der Wundbehandlung beruhen zum grossen Theil darauf, dass diese physikalischen Eigenschaften des Verbandmaterials in rationeller Weise ausgenützt werden.

E. Boullanger: **Einfluss der Bierhefen auf die Milch.** (Ibidem.)

Durch die verschiedenen Bierhefen wird nicht nur ein Theil des Caseïns der Milch aufgelöst und werden lebende Zellen entwickelt, sondern ersteres wird je nach der Hefeart in mehr oder weniger hohem Grade zerstört. Der Umwandlungsprocess ist derselbe, wie mit gewissen Mikroorganismen; bei diesen vollzieht er sich aber sehr rasch, während er mit den Hefen im Allgemeinen Monate beansprucht. Der Mechanismus der Wirkung bleibt jedoch der gleiche, der Unterschied liegt nur in der zu derselben nöthigen Zeit. St.

Englische Literatur.

P. Servis: **Schilddrüsen-Fütterung bei Fettleibigkeit.** (Brit. Med. Journ. 2. Oct.)

Verfasser fand, dass die Verabreichung von Tabletten, die aus der Gesammtsubstanz der Schilddrüse verfertigt waren, oft zu Verdauungsstörungen Anlass gab, er verwandte desshalb die nach Hutchison's Angabe von Burroughs und Wellcome verfertigten Colloid-Thyroid-Tabletten. Dieselben gaben nie Anlass zu Nebensymptomen und reducirten prompt das Gewicht der fetten Patienten.

Gordon Paterson: **Sporadischer Cretinismus.** (Lancet, 2. Oct.) gibt die genaue, durch Bilder illustrirte Geschichte eines Kindes gesunder Eltern, das an Cretinismus litt und vom 1. bis 6. Jahre mit Thyreoidia behandelt wurde. Das Kind wurde anscheinend vollkommen geheilt und entwickelt sich jetzt körperlich und geistig völlig normal. Das 2. Kind, das die Mutter gebar, war auch ein hochgradiger Cretin, starb aber schon 20 Minuten nach der Geburt. Verfasser behandelte nun, als die Frau wieder schwanger wurde, dieselbe vom 3. Schwangerschaftsmonat an regelmässig mit Schilddrüsenextract, obwohl sie selbst keinerlei Zeichen einer Schilddrüsenanomalie darbot, und sie gebar ein völlig gesundes Kind, das sich bis jetzt vorzüglich entwickelt hat.

Telford Smith: **Knochenverkrümmungen bei Cretinen unter Schilddrüsenfütterung.** (Ibidem.)

Verfasser beobachtete, dass bei mehreren seiner Patienten, die unter Schilddrüsenfütterung rapid wuchsen, die langen Extremitäten-

knochen spec. der Beine weicher wurden und sich bogen. Er räth desshalb, solche Patienten wenig gehen zu lassen, sie in gute hygienische Verhältnisse zu bringen und reichliche Nahrung zuzuführen. (Illustrirt.)

Drake Brockmann: **Ein Fall von vorgeschrittenem Cretinismus mit Schilddrüsenextract behandelt.** (Ibidem.)

Morton Anderson: **Bemerkungen über einen Fall von Cretinismus, erfolgreich behandelt mit Thyroidin.** (Ibidem.)

Ausführliche Krankengeschichten und Illustrationen dieser interessanten Erkrankung.

Ashby: **Scorbut im Kindesalter; orbitale Blutung.** (The Medical Chronicle, Sept. 1897.)

Es handelt sich um ein 7 Monate altes Mädchen, dem die Mutter gegen die Verordnung des Arztes ausser einem Milchpräparat auch noch reichliche, stärkehaltige Nahrung zugeführt hatte. Es traten plötzlich Schmerzen in den Knochen auf und über Nacht ein linksseitiger Exophthalmus, so dass kein Lidschluss mehr zu Stande kam. Unter Verordnung von frischer Milch und Orangensaft verschwanden alle Symptome. Verfasser erwähnt noch zwei weitere Fälle, bei denen er Barlow'sche Krankheit als Folge des Genusses von in Zinnbüchsen aufgehobener Nahrung auftreten sah.

Ball: **Acromegalie und Röntgenstrahlen.** (West London Med. Journ., Oct. 1897.)

Lindsay Steven: **Ein Fall von sog. Hypertrophic Pulmonary Osteo-Artropathy von Marie ohne Lungenerkrankung** (Glasgow Medic. Journ.)

Genaue, durch Photographien und Röntgenbilder illustrirte Krankengeschichten dieser immerhin noch seltenen Erkrankungsformen.

Gossage: **Serumdiagnose des Typhus.** (West London Med. Journ., Oct.)

Verfasser hat im Ganzen 164 Kranke nach Widal untersucht. Darunter waren 21 Fälle, in denen auch klinisch die Diagnose Typhus sicher war, bei diesen fiel die Reaction stets positiv aus, einerlei, ob es sich um acute Fälle oder um Reconvalescenten handelte; in einem sehr unklaren Falle wurde keine Reaction erzielt, als aber ein auch klinisch deutliches Recidiv auftrat, fiel auch die Reaction positiv aus. Unter 143 Fällen der verschiedensten Erkrankungen wurde nur zweimal eine positive Reaction beobachtet. Vor Allem kommt es darauf an, junge, kräftige BouilloncIturen zu haben; die besten Resultate erhält man bei einem Verhältniss von 1:20, bei 1:4 gibt auch normales Blutserum gewöhnlich die Reaction.

Colville: **Untersuchung von 100 Fällen von Typhus mit der Serumprobe.** (Brit. Med. Journ., 16. Oct.)

Gibt zuerst die genaue Technik, wie sie am Queens College in Belfast geübt wird; in der Regel wurden Verdünnungen von 1:10 benutzt, späterhin 1:20, und dies scheint dem Verfasser noch vortheilhafter. Die untersuchten Fälle sind unter verschiedenen Gesichtspunkten sehr genau tabellarisch geordnet und es zeigt sich auch hier, dass die Reaction ein sehr gutes Hilfsmittel zur Diagnose ist.

W. Brown: **Die Typhus-Serumreaction in den Tropen.** (Lancet, 23. October.)

Verfasser betont die grosse Bedeutung dieser Reaction für die Tropen, wo es oft sehr schwierig ist, eine Unterscheidung zwischen Typhus und acuter, perniciöser Malaria zu machen. Er verwendet Serum zu Cultur wie 1:10 und untersucht nur im hängenden Tropfen; eine Tabelle gibt die Resultate.

Butlin: **Ein Fall von Streptococcen-Pyaemie, mit Antistreptococcenserum behandelt.** (Lancet, 16. Oct.)

Typischer Fall von Pyaemie bei einem 67 jährigem Manne, aus dessen Blute Streptococcen gezüchtet werden konnten. 55 ccm Serum wurden innerhalb dreier Tage injicirt, doch schienen sie weder auf den Krankheitsverlauf noch auf das subjective Befinden irgend einen Einfluss zu haben. Patient starb.

Fr. Page: **Drei Fälle von Nephrolithotomie.** (Brit. Med. Journ., 2. Oct.)

In allen drei Fällen wurden die Steine durch einen directen Einschnitt in das Nierenbecken entfernt, ohne Verletzung der Nierensubstanz. Die Wunde wurde stets mit Jodoformgaze drainirt und heilte prompt ohne Zurücklassung einer Fistel.

Hurry Fenwick: **Die Röntgenstrahlen und das Fluoroskop zur Entdeckung von Nierensteinen.** (Brit. Med. Journ., 16. Oct.)

Verfasser beschreibt und illustrirt seine Methode, vermittels eines operngläsähnlichen Fluoroskopes nicht palpirbare Steine in der vor die Lendenwunde gebrachten Niere zu erkennen, ohne die Niere probeweise zu eröffnen.

Cotterell: **Blasentuberculose mit Cystotomia suprapubica und Curettement behandelt.** (Lancet, 9. Oct.)

Ein unebenes Geschwür an der Mündung des rechten Ureters war cystoskopisch gefunden worden. Dasselbe wurde durch suprapubischen Blasenschnitt freigelegt, gründlich ausgekratzt und mit dem Paquelin gebrannt. Glatte Heilung und völliges Wohlbefinden, das über 2 Jahre bereits anhält.

Lucas: **Behandlung der Prostatahypertrophie.** (Birmingham Med. Rev., Oct. 1897.)

Nach Erörterung der nicht operativen Behandlung räth Verfasser bei schweren Fällen zum suprapubischen Blasenschnitt, der in diesen Fällen eine Mortalität von 15 Proc. aufweist. Es gelingt dann gewöhnlich, von hier aus einen Theil der Prostata zu entfernen. Castration hat ihm nur schlechte Resultate ergeben. In einem Falle konnte er durch die Fistel beobachten, dass die Prostata nach Castration durchaus nicht schrumpfte.

Kelynak: **Nebennieren-Geschwülste.** (The Medical Chronicle, 9. Sept.)

Verfasser hat sich der dankenswerthen Mühe unterzogen, unter äusserst gründlichem Studium der einschlägigen Literatur unsere jetzigen Kenntnisse über Nebennierengeschwülste zusammenzustellen. Vorwiegend sind Adenome beschrieben, doch kommen Fibrome, Lipome, Gliome, Angiome und Lymphangiome vor. Von malignen Geschwülsten wurden häufiger Carcinome als Sarkome beobachtet.

Fothergill: **Senecio bei Menstruationsstörungen.** (Ibidem.)

Es wurde eine Tinctur, sowie ein harziges Extract von Senecio Jacobaea verwendet. Von der Tinctur (1:10) wurden täglich 3–4 Theelöffel, vom Extract 3—4 g verbraucht. Versuche an Schwangeren zeigten, dass das neue Mittel kein Abortivum ist, es traten nie Störungen der Schwangerschaft auf. Auch bei den Amenorrhoen, phthisischer oder anaemischer Personen wurde kein Erfolg beobachtet. Dagegen konnte bei sogenannter functioneller Amenorrhoe die Periode stets prompt hervorgerufen werden. Bei gesunden, sonst in regelmässigen Intervallen menstruirenden Frauen konnte die Periode durch Gebrauch des Mittels stets um 6–9 Tage zu früh hervorgerufen werden. Auf dysmenorrhoische Beschwerden hatte das Mittel nur ganz geringen Einfluss.

Saundby: **Die diätetische Behandlung des Diabetes.** (Brit. Med. Journ., 16. Oct.)

Verfasser warnt zuerst vor dem Schematisiren. Er lässt seine Patienten wöchentlich einmal wiegen, am selben Tage wird die 24 stündige Urinmenge gemessen und der Zuckergehalt bestimmt. Er beginnt mit einer sehr rigorosen Diät, aus der Zuckerbildner so gut wie gänzlich ausgeschlossen sind. Beseitigt diese den Zucker, so erlaubt er so viel Kartoffeln, Brod und Wein, als Patient gerade verträgt; Körpergewicht und Zuckergehalt, sowie Urinmenge bilden die Controle. Innerlich wendet er gegen die Polyurie Opiate an.

E. Duncan: **Behandlung des Diabetes mit Uraniumnitrat.** (Ibidem.)

Angeblich gute Resultate durch Verabreichung von Uraniumnitrat in Dosen von 0,5—1,0 und höher pro Tag. Genaue Krankengeschichten und tabellarische Uebersicht der Körpergewichte, Urin und Zuckermengen.

W. Stewart: **Hydrocephalus unilateralis; epileptiforme Anfälle und Hemianopsie, Drainage der Seitenventrikel.** (Scottish Med. and Surgic. Journ., Oct. 1897.)

Er handelte sich um einen 20 jährigen Mann, bei dem vom 3. Lebensjahre an Nystagmus bestanden hatte; auch war von frühester Kindheit an die rechte Kopfhälfte abnorm dick gewesen. Er hatte mit bestem Erfolge die Schule besucht und sich später sehr tüchtig im Geschäfte gezeigt. Mit 12 Jahren begann er über seine Augen zu klagen, doch wurde dies Leiden durch eine Brille corrigirt. Mit 18 Jahren erkrankte er plötzlich an schweren epileptiformen Anfällen, die theilweise einen kataleptischen Charakter annahmen. Die Anfälle wurden nicht durch eine Aura eingeleitet, waren aber von heftigen Schmerzen gefolgt. Zwei Jahre darauf wurde er in das Hospital aufgenommen. Man fand die rechte Kopfhälfte bedeutend stärker vorgewölbt, linksseitige homonyme Hemianopsie, Nystagmus, der Fundus oculi schien normal. Dabei hatte er durchschnittlich 2 heftige epileptiforme Anfälle täglich. Es wurde über dem Occipitallappen trepanirt, und sofort wölbte sich die Dura und nach Einschneiden derselben das Hirn stark vor. Dasselbe sah normal aus, war aber nur löschpapierdick. Nach Durchtrennung der dünnen Hirnschicht kam man in eine grosse, glattwandige Höhle, die dem Seitenventrikel entsprach, und aus der sich grosse Mengen von Cerebrospinalflüssigkeit entleerten; dies machte einen 5 maligen Verbandwechsel per Tag nöthig. Schon 6 Stunden nach der Operation äusserte der Kranke spontan, er könne viel mehr sehen wie früher, seine Augen seien wie polirt. Die Wunde heilte glatt und ohne jede Eiterung, doch stellte sich hohes aseptisches Fieber und Polyurie ein. Das Gesichtsfeld und das Farbenfeld links nahmen zu, der Nystagmus wurde geringer, auch wurde Patient geistig viel frischer. Nach seiner Entlassung ging es ihm 6 Monate lang sehr gut, bis plötzlich ein neuer epileptiformer Anfall auftrat, der sich am nächsten Tage wiederholte und von tiefem Coma gefolgt war. Patient wurde sofort wieder in's Hospital geschafft, und die alte Narbe geöffnet, es fanden sich feste Verwachsungen der Dura, die entfernt wurden, der Ventrikel wurde von Neuem entleert und nun 6 Wochen lang drainirt, Patient erholte sich schnell und ist seit über 6 Monaten ganz gesund.

Gregory: **Vergiftungsversuch mit Opium und Antipyrin.** (Brit. Med. Journ., 9. Oct.)

Patientin hatte 72 g Opiumtinctur und 5 g Antipyrin genommen. Der Arzt wurde erst $19^1/_2$ Stunden später gerufen und fand Patientin etwas benommen, aber im Stande, an sie gerichtete Fragen klar zu beantworten. Der Magen wurde ausgewaschen und die Spülflüssigkeit roch sehr intensiv nach Opium. Es folgte glatte Heilung. Der Fall ist interessant wegen der grossen Mengen der genommenen Gifte und wegen des langen Verweilens des Opiums im Magen.

Reckitt: **Opiumvergiftung, Kalium hypermanganicum; Heilung.** (Ibid.)

Ein 25jähriger Soldat hatte 50 g Opiumtinctur genommen. Es wurde bald nachher ein Brechmittel gegeben, und dann die von Amerika empfohlene Behandlung mit Kal. permangan. eingeleitet. Er bekam etwa 2 g in 12 Stunden, ausserdem Coffeïn und wurde künstlich wachgehalten, indem man ihn fortwährend herumführte. Die Vergiftungserscheinungen verschwanden im Laufe des folgenden Tages und Patient wurde geheilt entlassen.

Italienische Literatur.

Maragliano: **Ueber Tuberculose und deren Therapie.** (Gazzetta degli osped. 1897. 73.)

Aus einer Schlussvorlesung des Genueser Klinikers erscheint Folgendes bemerkenswerth:

«Ueber das neue Koch'sche Tuberculin gewannen wir die Ueberzeugung, dass es in Bezug auf seine Wirkung nicht von dem alten verschieden ist, während es sich aber sehr leicht verändert.»

Ueber latentes Fieber Tuberculöser hat Mircoli unter M.'s Leitung Versuche gemacht. Es gibt tuberculöse Kranke, welche für gewöhnlich keine fieberhaften Temperaturen haben, aber bei der geringsten Störung fiebern.

Eine subcutane Injection von Wasser, eine schlecht verdaute Mahlzeit, ein Spaziergang genügt bei solchen Kranken, Fieber hervorzurufen. Aus den Experimentaluntersuchungen von Mircoli geht hervor, dass solche Kranke sich unter 2 entgegengesetzten Einflüssen befinden, unter dem der Tuberculine und Proteïne Koch's, welche pyrogen sind, und unter den Tuberculosetoxinen Maragliano's, welche temperaturerniedrigend wirken. Diese beiden Substanzen können sich das Gegengewicht halten, sie machen aber das Wärmeregulirungssystem verwundbar und empfindlich, so dass eine unschuldige zufällige Ursache genügt, um das Gleichgewicht zu zerstören und um vorübergehende Temperaturerhöhungen hervorzurufen.

Durch seinen Schüler Cerchi liess M. Untersuchungen anstellen, welche darthaten, dass der Glycerinauszug des Blutes Tuberculöser für gewöhnlich beim Meerschweinchen Temperatursteigerungen auslöst, im Gegensatz zu dem Glycerinextract des Blutes Gesunder, welcher in gleicher Qualität injicirt wurde. Diese Untersuchungen beweisen, dass im Blute Tuberculöser toxische Substanzen kreisen von analoger Wirkung wie das Tuberculin.

Von 34 vorgerückten Tuberculösen, welche in der Klinik einer Cur mit Heilserum unterworfen wurden, starben 6, es blieben 8 stationär und 20 besserten sich. Die Besserung bestand in Gewichtszunahme, Verschwinden des Fiebers und Besserung des Localbefunds; nur in einem einzigen Falle kam es zum Verschwinden sämmtlicher Symptome.

Dem Bacteriologen der Klinik, Lucatello, gelang es nach mühsamen zweijährigen Untersuchungen, den Grad der bactericiden Eigenschaft des antituberculösen Heilserums festzustellen im Vergleich zu anderem Blutserum und dem normalen des Pferdes.

Diese bactericide Eigenschaft an sich war schon seit 2 Jahren bewiesen und durch Babes und Sciolla bestätigt worden.

Es genügt ein Zusatz von $^1/_3$ Tuberculoseheilserum zu $^2/_3$ Glycerinbouillon, um die Entwicklung des Tuberkelbacillus zu vernichten: von normalem Pferdeblutserum ist die doppelte Quantität nothwendig, um den Nährboden steril zu machen.

Der Transport steril gebliebener Tuberkelbacillen auf einen gewöhnlichen Nährboden gab zu keiner weiteren Entwicklung Veranlassung, ein Beweis für die vollständige Abtödtung durch Tuberculoseheilserum.

Eine fernere Versuchsreihe betrifft eine Vervollkommnung des Culturverfahrens des Koch'schen Bacillus, mit Hilfe eines Gazestreifens, der mit einigen Tropfen einer reinen Tuberkelbacillenemulsion beschickt, in die Nährbouillon taucht und zu einer Quantität von Bacillenbildung Veranlassung gibt, welche die bisherige um mehr als das Vierfache übertrifft.

Rovighi: **Leberentzündung durch intestinale Autointoxication.** (Il Morgagni 1897, V. 10.)

Den ursächlichen Zusammenhang zwischen Lebercirrhose, welche symptomatisch und pathologisch anatomisch vollständig der durch Alkoholgenuss bewirkten gleichkommt und Störungen der Magen- und Darmfunction, versuchte Rovighi, bekannt durch seine Arbeiten über Fäulnissproducte im Darm, experimentell nachzuweisen. Er fand, dass die intestinalen Fäulnissgifte, Indol, Skatol, Phenol, beträchtliche Zerstörungen der rothen Blutkörperchen und Urobilinurie machen. Dieser Zerstörung der rothen Blutkörperchen und nicht allein der Passage toxischer Stoffe durch den Leberkreislauf schreibt Rovighi die Veränderung in dem Protoplasma der Leberzellen zu. Je intensiver die Quelle der Störung ist und je länger sie dauert, um so rapider und um so schwerer ist der Krankheitsverlauf. Die Untersuchung des Materials der inneren Klinik zu Bologna ergab, dass 10 Proc. der Fälle von Lebercirrhose ihre Entstehung von gastrointestinalen Störungen datirten, welche ohne jede Abhängigkeit vom Alkoholgenuss waren.

Angelucci: **Ein neuer Fall von Stauungspapille durch Cerebral- oder Paracerebralherd, mittels Craniektomie geheilt.** (la Rif. med. 1897 N. 30.)

Für Fälle von Stauungspapille aus cerebraler Ursache, welche das Sehvermögen bedrohen, empfiehlt A. die Craniektomie mit Eröffnung der Dura. Gelingt es nicht, den cerebralen Herd zu beseitigen, so ist wenigstens der Erfolg ein palliativer in Bezug auf das Sehvermögen. Der Autor verfügt über vier Fälle, in denen sich das Verfahren bewährte. (Ob nicht die Lumbalpunction dasselbe leisten würde? Ref.)

Sanarelli: **Immunität und Serumtherapie gegen das gelbe Fieber.** (Il Policlinico, 15. Sept.)

S. versuchte die bisherigen Erfahrungen der Serumtherapie gegen die genannte Infectionskrankheit in Anwendung zu bringen. Es gelang ihm, zunächst mit dem aus frischen Leichen entnommenen Herzblute das Agglutinationsphänomen bei Bacillus icteroides-Culturen im Glase deutlich zu erhalten, allerdings in sehr variabler Intensität. Viel geringer zeigte der Liquor pericardii diese Eigenthümlichkeit. Das Blutserum von Reconvalescenten zeigte eine sehr langsame agglutinirende Eigenschaft und eine sehr geringe Schutzkraft.

Die Versuche, Thiere gegen das gelbe Fieber zu immunisiren, erfordern eine sehr vorsichtige und sehr lange Behandlung.

Die präventive wie curative Wirkung des Blutserums so immunisirter Thiere (Meerschweinchen, Hunde, Pferde, Rinder) ist sichergestellt, und es ist sehr wahrscheinlich, dass dasselbe Serum auch bei der Gelbfieber-Erkrankung des Menschen gute Dienste leisten wird.

Für eine epidemische Infectionskrankheit, welche, wie die in den letzten Jahren in Rio de Janeiro herrschende, 43 Proc. Opfer forderte, ist die Entdeckung dieser Schutzkraft von höchster Bedeutung. Hager-Magdeburg N.

Amerikanische Literatur.

1) William Osler (Johns Hopkins University, Baltimore): **Der sporadische Cretinismus in Amerika.** (The American Journal of the med. Sciences, Oct. 1897).

Bericht über 60 Fälle, davon gehören 24 dem männlichen, 36 dem weiblichen Geschlechte an. 6 Fälle unter zwei Jahren, 24 vom zweiten bis zum zehnten Jahre, 17 zwischen dem zehnten und zwanzigsten Jahre, 7 vom zwanzigsten bis zum vierzigsten, und 4 über vierzig Jahre. Vergrösserung der Thyreoidealdrüse in 7 Fällen, in 12 Fällen war sie normal, verkleinert in 2, und nicht nachweisbar in 16 Fällen. Von den übrigen 20 Fällen fehlen nähere Angaben. Die Behandlung mit Thyreoidealextract (3 mal täglich 0,05 bis 0,3 der getrockneten Drüsensubstanz je nach dem Alter) ergab fast durchgehends, besonders bei den jüngeren Individuen glänzende, durch beigefügte Photographien illustrirte Resultate. Die Differentialdiagnose der endemischen und sporadischen Form des Cretinismus wird besprochen und ist Osler der Ansicht, dass beide Formen als das Resultat der Functionsunfähigkeit der Thyreoidea zu betrachten sind.

2) E. D. Klots-New-York: **Behandlung der Chlorose und Anaemie mit Nucleoalbumin und Knochenmark.** (New-York Med. Journal, 30. Oct. 1897.)

Das zur Anwendung gebrachte Präparat «Haemaboloids» besteht aus einer Verbindung von Nucleoalbumin mit einem Extract von Knochenmark, Fleischpeptonen u. s. w. und wurden viermal täglich je zwei Esslöffel gegeben. In sämmtlichen zehn beobachteten Fällen zeigte sich nach verhältnissmässig kurzem Gebrauch eine bedeutende Steigerung des Haemoglobingehalts, am Ende der vierten Woche bis zu 30 Proc, Vermehrung der rothen Blutkörperchen um das Doppelte und beträchtliche Gewichtszunahme. Im Anhang werden einige praktische Winke über die Anwendung des Fleischl-schen Haemoglobinometers gegeben.

3) H. B. Sheffield-New-York: **Intermittens bei Kindern.** Während von manchen Seiten das Vorkommen von Malaria bei Kindern direct geleugnet wird, beschreibt S. 16 durch den Nachweis des Plasmodiums erhärtete Fälle bei Kindern von 4 bis 14 Jahren, die im Laufe von $1^1/_2$ Jahren in einem New-Yorker Kinderspitale zur Beobachtung kamen. Die meist beobachtete Form ist die quotidiane. Die Infection erfolgt sowohl durch die Luft als durch Wasser, die Mosquitotheorie von Lawrie wird sehr angezweifelt. Das souveräne Mittel ist das Chinin und empfiehlt S. als beste Anwendungsweise desselben die Application per anum einer Lösung von Chininsulfat in Eierweiss.

4) S E. Getty-Yonkers: **Pasteurisirte Milch, eine Studie über Kindersterblichkeit.** (New-York med. Journal, 9. Oct. 1897.)

Es ist ein Experiment eigener Art, das Getty hier beschrieben hat. Ausgehend von der Ansicht, dass der Mangel einer geeigneten Ernährung die Hauptursache der Kindersterblichkeit in dem ersten Jahre sei, schuf er, unterstützt durch Mr. Nathan Straus in New-York ein Institut, in welchem möglichst gute, von bestimmten Meiereien bezogene Milch pasteurisirt und flaschenweise mit oder ohne Zusatz von Kalkwasser oder Gerstenwasser an die ärmeren Klassen verkauft wurde, eine 250 g-Flasche Milch zu 8 Pfg., 200 g Milch mit Kalk- oder Gerstenwasser zu gleichen Theilen 4 Pfg. Die Apotheken und einzelne Geschäfte übernahmen der Vertrieb. Die Stadt Yonkers, in welcher das Experiment zur Ausführung kam, zählt etwa 40,000 Einwohner, die für die Milchabnahme in Betracht kommende Zahl der Kinder betrug ca. 900. Die Ausgabe von pasteurisirter Milch stieg in den 4 Sommermonaten von 64000 im Jahre 1895 auf 78300 l. im Jahre 1896, ein Beweis dafür, wie sehr diese Maassnahme von der Bevölkerung als Bedürfniss empfunden und anerkannt wurde. In den letzten 4 Jahren betrug die Sterblichkeit der Kinder in Folge von Erkrankungen des Digestionstractus 91, im Jahre 1896 dagegen nur 48, also eine Abnahme von 47 Proc. Aus einer Anzahl zusammenstellender Tabellen und dem

Vergleiche mit den unter gleichen sanitären Verhältnissen stehenden Nachbarstädten kommt Getty zu dem Schlusse, dass die Herabsetzung der Mortalitätsziffer direct als die Folge der geregelten Ernährungsverhältnisse aufzufassen ist. Ausdrücklich wird dabei jedoch betont, dass die pasteurisirte Milch an und für sich nicht als Heilmittel bei bereits bestehenden Darmaffectionen infolge ungeeigneter Ernährung zu betrachten ist, sondern nur als Präventivmittel. Ferner ergibt sich, dass die Temperatur, Witterungsverhältnisse u. s. w. nur einen indirecten Einfluss auf die Entstehung der Darmkrankheiten haben, infolge des durch sie begünstigten Bacterienwachsthums in der Milch.

Die Ausführungen Getty's und die mitgetheilten Zahlen sind in hohem Grade interessant, und empfiehlt sich ein genaues Studium der Details, die hier in Folge des beschränkten Raumes nicht mitgetheilt werden können. Der Vortrag kam in einer Sitzung der Society of Alumni of Bellevue Hospital zu New-York zur Discussion, in der die Frage: ob Sterilisation oder Pasteurisation, besprochen wurde. Winters, Freeman und Andere äusserten sich dahin, dass durch die Sterilisation die Nähreigenschaften der Milch verändert würden, und dass eine halbstündige Erwärmung auf 57° vollständig genüge, die Milch keimfrei und genussfähig zu machen.

5) J. Ransohoff-Cincinnati: **Die operative Behandlung nicht reponirbarer Subcutanfracturen.** (The American Journal of the med. Scienc., Oct. 1897.)

Im Anschluss an einen Bericht über 7 operirte Fälle bespricht R. die Indication des operativen Eingriffes bei den subcutanen Fracturen. Dieselbe ist im Allgemeinen dann gegeben, wenn alle anderen Mittel, eine günstige Lagerung der Knochen herbeizuführen, fehlschlagen. Bei den Diaphysenbrüchen der Tibia, des Femur, Humerus und der Clavicula, in denen eine uncorrigirbare Verschiebung in der Längsachse oder eine Achsendrehung vorliegt, ist Operation sofort oder mindestens vor Eintritt der definitiven Vereinigung angezeigt. Ebenso bei anderweitig nicht reponirbaren Epiphysentrennungen und mit Luxation verbundenen Fracturen. Die Betheiligung eines Gelenkes, vielleicht mit Ausnahme des Knie- und Hüftgelenkes, spricht nicht per se gegen die Operation. Contraindicirt ist dieselbe dagegen bei vorliegender ausgedehnter Knochenzertrümmerung in Folge von Zerquetschung. Jede Umwandlung einer subcutanen in eine complicirte Fractur erhöht die Gefahr und erfordert peinlichste Beobachtung der Regeln der Aseptik.

6) George S. Peck-Ohio: **Bericht über 52 Fälle von Appendicitis.** (The American Journ. of Obstetrics, Oct. 1897.)

Von den 52 Fällen kamen zur Operation 35 mit 7 Todesfällen (5mal septische Peritonitis, die bereits vor der Operation bestanden hatte). In 22 Fällen wurde der Wurmfortsatz entfernt, in 15 war er gangraenös und perforirt, 13mal einfache Incision mit Eiterentleerungen, in 4 Fällen trat nach erfolgter Incision und Drainirung Recidiv ein. Von den 17 nicht operirten Fällen erfolgte in 9 letaler Ausgang, je 4mal in Folge von septischer Peritonitis und von Durchbruch des Abscesses in die Bauchhöhle; von den 8 geheilten Fällen mussten 2 wegen Recidivs operirt werden, 2 blieben frei, die 4 übrigen hatten wiederholt leichte Attaken von Typhlitis. Eine Discussion dieses Berichtes in der American Association of Obstetricians and Gynaecologists betraf zunächst über die Methode der Operation. C. Smith hält sich mit der Incision möglichst nahe an die Spina ilei, die Durchtrennung der einzelnen Schichten in verschiedener Richtung, je nach dem Verlauf der Muskeln, wird empfohlen zur Vermeidung einer Hernienbildung. Die Irrigation der Abscesshöhle wird als gefährlich verworfen, die Drainirung durch Gazestreifen empfohlen. Hall spricht gegen ein forcirtes Vordringen in die Tiefe und gewaltsames Loslösen des Appendix von seinen Adhäsionen.

7) A. Goldspohn-Chicago: **Das Verhältniss der Ovarien zu der Retroversio und Retroflexio uteri.** (The American Journ. of Obstetrics, Oct. 1897.)

Durch die normale, etwas anteflectirte Lage des Uterus werden die in der Hauptsache nur durch die Ligamenta ovario-uterina fixirten Ovarien vor einem schädigenden Einfluss der Bauchpresse bewahrt. Bei einer veränderten Stellung des Uterus dagegen erfolgt eine Mitverlagerung der Ovarien, welche dieselben sowohl äusseren wie inneren Druckwirkungen zugänglich macht und gleichzeitig eine Störung in ihrer Ernährung, eine venöse Stasis bedingt. Die Folgeerscheinungen dieser passiven Hyperaemie und der traumatischen Einwirkungen äussern sich in Haematomen der Graaf'schen Follikel und Corpora lutea, in Oedemen, Gewebshyperplasien, chronischer Oophoritis mit cystischer und cirrhotischer Degeneration, endlich sogar in Perioophoritis und peritonealen Verwachsungen, ohne dass eine Infection stattgefunden hätte. Es ist daher Aufgabe der Gynaekologen, bei jedem Falle von Lageveränderung des Uterus insbesondere auch auf den Zustand der Ovarien zu achten und die Therapie darnach einzurichtrn.

8) G. van Schaik-New-York: **Die Häufigkeit der Gonorrhoe bei verheiratheten Frauen.** (New-York Medical Journ., 30. Oct. 1897.)

In Verfolg der Noeggerath'schen Thesen untersuchte S. alle im Verlaufe von 3 Jahren in seiner Behandlung befindlichen, an Leukorrhoe leidenden, nur den besseren Classen angehörenden, und verheiratheten Frauen auf Gonorrhoe, und es gelang ihm, von 65 Fällen in 19, d. h. in 26 Proc. den Neisser'schen Gonococcus nachzuweisen, in manchen Fällen allerdings erst bei der 2. oder 3. Untersuchung. So klein das zu dieser Statistik verwandte Material ist, so illustrirt es doch eine Thatsache von hervorragender Wichtigkeit und fordert zu weiteren Forschungen in dieser Richtung auf.

9) Alvah H. Doty-New-York: **Formaldehyd als Desinficiens,** und

10) Ernst J. Lederle-New-York: **«Formaldehyd».** (New-York Medical Journal, 16. Oct. 1897.)

Während der letztere Autor eine ausführliche Beschreibung der chemischen Zusammensetzung und Eigenschaften des Formaldehyd gibt, berichtet Doty über die mit den verschiedenen Präparaten und Anwendungsweisen desselben an der New-Yorker Quarantainestation erzielten Resultate. Das Formaldehyd leistet darnach zwar vorzügliche Dienste zur Oberflächendesinfection von Zimmerwänden, Kleidern, Teppichen etc., ein Durchdringen der zu desinficirenden Gegenstände dagegen findet nur in beschränktem Maasse statt. Was die zu verwendenden Präparate betrifft, so ist die einfache Erhitzung der auf flachen Pfannen ausgebreiteten 40 proc. Formaldehydlösung in der Regel nicht genügend. Besser und einfacher, aber bedeutend kostspieliger ist das Verdampfen der Paraformpastillen. Die Anwendung der schon 1868 von Hofmann angegebenen und von Robinson verbesserten Methylalkohol-Lampe gibt zwar gute Resultate und verursacht geringe Kosten, wirkt aber sehr langsam. Am besten bewährte sich der von Trillat erfundene Apparat (Autoclave), der ausserdem den Vortheil hat, ausserhalb des zu desinficirenden Raumes zu stehen. Bei dessen Anwendung kann man mit 250 g Formalin innerhalb 12 Stunden einen luftdicht verschlossenen Raum von 1000 Kubikfuss vollständig keimfrei machen. Das Formalin entwickelt dabei nach Lederle 31 Proc. Gas.

F. Lacher-München.

Inaugural-Dissertationen.

Universität **Kiel**. October 1897.

51. Schmidt Rudolf: Ein Fall von acuter gelber Leber-Atrophie bei einem $2^1/_4$jährigen Knaben.
52. Schmidt Hans: Die Technik der Gastrostomie.
53. Seifert Walther: Ein Beitrag zur Schwangerschaft bei Uterus bicornis.
54. Bargum Karl: Ein Fall von primärem Krebse der Trachea und des rechten Bronchus.

Berichtigung: In No. 42 S. 1179, Kieler Dissertation No. 47, ist zu lesen **Biese** statt Riese.

Vereins- und Congressberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 10. November 1897.

Herr **S. Kalischer** demonstrirt das Gehirn eines Kindes mit linksseitiger **Teleangiektasie der Gesichts- und Kopfhaut,** sowie der **Gehirnoberfläche.** Das Kind war mit der Teleangiektasie geboren, bekam im Alter von $^1/_2$ Jahr Krämpfe, die meist am rechten Mundwinkel begannen und die vordere Körperhälfte einnahmen. Dazu trat später rechtsseitige Hemiparese. Tod im Alter von $1^1/_2$ Jahren an Keuchhusten. Die Section ergab eine Verkleinerung der linksseitigen Schädel- und Hirnhälfte, ferner starke Gefäss-Schlängelung, Erweiterung und Anhäufung in der Pia der linken Gehirnhälfte. Am Beginn der Fossa Sylvii, in der Gegend des unteren Theiles der linken Centralwindungen waren auch die grösseren Gefässe varicös erweitert und geschwulstartig angehäuft.

Herr **Virchow** weist auf diesen ganz seltenen Befund mit einigen Worten hin.

Herr **Litten** demonstrirt einen Patienten mit angeborenem Angioma cavernosum des Halses, das auch am Gaumen und Zäpfchen sichtbar ist und letzteres unförmig verunstaltet.

Herr **Treitel** demonstrirt ein seit dem Jahre 1891 bestehendes Carcinom des äusseren Gehörganges, Herr **Lublinski** eine **Nasencyste.**

Herr **Levy-Dorn: Fortschritte der Röntgen-Photographie mit Demonstration.**

Vortragender grenzt in Kürze die Gebiete der Röntgenphotographie und des Fluorescenzschirmes von einander ab, bespricht die wenigen schädlichen Einflüsse der Durchleuchtung (Dermatitis, Defluvium capillorum) und demonstrirt eine grössere Zahl vortrefflicher Photogramme mit Hilfe des Projectionsapparates.

H. K.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 16. November 1897.

Vorsitzender: Herr Rumpf.

Herr **Wilckens: Ueber Typhuserkrankungen durch Milchinfection.**

Die Abnahme der Typhusmorbidität geht in Hamburg parallel mit der Verbesserung des Trinkwassers. Während bis zur Eröffnung der neuen Filtrationsanlagen im Jahre 1893 die Zahl der Erkrankungen stets die Zahl 1000 erreichte, häufig sogar weit überschritt, ist von 1894 an eine starke Abnahme zu constatiren. So belief sich die Zahl der Typhusfälle 1894 auf 569, 1895 auf 808 und 1896 auf 446 (davon 43 ausserhalb Hamburgs inficirt), 1897 gestaltete sich in der ersten Hälfte noch günstiger: 113 gegen 191 im Vorjahre. Das plötzliche Auftreten einer Typhusepidemie in der 3. und 4. Augustwoche (36 bezw. 58 Fälle) mit langsamem von Woche zu Woche beobachteten Abklingen machte es wahrscheinlich, dass es sich in dieser Epidemie um etwas Besonderes handeln müsse. Dazu kam, dass nach der örtlichen Anordnung Anfangs ein festumschriebener Bezirk allein heimgesucht war. Ausserdem war auffallend, dass, während sonst in Hamburg Männer häufiger als Frauen und Kinder erkranken, bei diesen gehäuften Fällen letztere das Hauptcontingent stellten. 1896: unter 446 Fällen 282 Männer und nur 164 Frauen und Kinder, 1897, 1. August bis 7. September: unter 162 Fällen nur 43 Männer und 119 Frauen und Kinder. Diese Umstände bestärkten den Verdacht des Medicinalbureaus, dass die Milch die Ursache für die Zunahme sein könne. Waren doch auch im Jahre 1895, als 37 Fälle auf Milchinfection zurückgeführt wurden, unter diesen nur 7 Männer, während 30 Fälle sich auf Weiber und Kinder vertheilten.

Die ersten Nachforschungen in dieser Hinsicht in dem erwähnten Bezirke führten fast ausnahmslos auf den Consum roher Milch aus einem einzelnen Milchgeschäft. Der Besitzer bezog die Milch aus mehreren Meiereien, auf welchen Recherchen nach Typhus erfolglos blieben. Es musste demnach vorerst zweifelhaft bleiben, welche Bezugsquelle zur Verbreitung einer eventuellen Milchinfection Veranlassung gegeben hatte. Da traten in einem ganz anderen Stadtbezirke in gehäufter Zahl Typhuserkrankungen auf, die sich unschwer als der Kundschaft eines zweiten Milchhändlers angehörend erwiesen. Dieser bezog seine Milch aus einer jener Meiereien, die auch den anderen Milchlieferanten versorgte. Endlich wurde nachgewiesen, dass auch in der Clientel einer dritten grossen Milchhandlung, die zu den Abnehmern der erwähnten Meierei gehörte, Typhusfälle vorkamen. Hier war der Nachweis desshalb schwierig, weil aus diesem Geschäft eine grössere Zahl kleinerer Händler, zum Theil sogenannter «fliegender» Händler, die die Milch hausirend verkauften, die Milch bezog.

Unter den erwähnten 162 Fällen konnten 82 Fälle auf Milchinfection zurückgeführt werden: 30 bezw. 27, bezw. 25 in betreffenden Kundschaften der 3 Milchleute. Es unterliegt für den Vortragenden keinem Zweifel, dass noch eine bedeutend grössere Zahl von Fällen eigentlich Milchinfectionen darstellt. Da die Nachforschungen aber ein negatives Resultat ergaben, so benutzte er sie nicht für seine Untersuchungen.

An der Hand von Stadtplänen, in die Vortragender die einzelnen Fälle eingezeichnet hat, bespricht er eingehend die Verbreitung der Epidemie. Redner wendet sich dann zu der Frage, wo die Infection der Milch stattgefunden hat, deren Beantwortung trotz eifrigster Nachforschungen keine sichere ist. Dass die drei Milchgeschäfte mit einander in irgend einem Zusammenhang stehen müssen, da sie aus derselben Quelle ihre Milch beziehen und nur in ihrem Kundenkreise derartig gehäufte Typhusfälle vorgekommen sind, ist wohl mehr als wahrscheinlich. In jener Meierei haben weder die klinischen Nachforschungen noch die bacteriologischen Wasser- und Milchuntersuchungen ein positives Resultat ergeben. Immerhin erachtet Vortragender es für möglich, dass hier durch irgend einen nur für die Zeit des Gras- und Kornschnittes sich aufhaltenden sog. «Sachsengänger» — Gelegenheitsarbeiter, die sich zur Erntezeit nur für einige Tage verdingen — der Krankheitskeim eingeschleppt wurde. Die andere Möglichkeit ist die, dass die Infection in einem der drei hiesigen Geschäfte erfolgt ist und dann direct oder auf dem Wege der gemeinschaftlichen Bezugsquelle auf die anderen beiden Milchhändler übertragen ist.

Bezüglich der Prophylaxe solcher Milchepidemien erweist sich das Kochen der Milch als sicher. Bei sämmtlichen Fällen, die durch Milchinfection hervorgerufen sind, konnte der Genuss ungekochter Milch nachgewiesen werden. In sehr vielen Häusern erkrankten nur Diejenigen, welche rohe Milch genossen hatten, während alle übrigen Bewohner gesund blieben. So erkrankte in dem Hause eines Collegen ein Dienstmädchen, welches trotz Verbots rohe Milch getrunken hatte, während alle anderen, auch die Kinder, die stets gekochte Milch erhielten, gesund blieben. In einer Familie machte die Frau eine Milchcur mit abgekochter Milch durch und blieb verschont, während die Magd, die dieselbe Milch in rohem Zustande in geringen Mengen genossen hatte, erkrankte. — Diese Erfahrungen haben das Medicinalbureau veranlasst, seinerzeit öffentlich vor dem Genuss ungekochter Milch zu warnen.

Discussion folgt in nächster Nummer.

Biologische Abtheilung des ärztlichen Vereins Hamburg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 12. October 1897.

Vorsitzender: Herr Lenhartz. Schriftführer: Herr Lochte.

(Schluss.)

Herr Lenhartz: Ueber acute ulceröse gonorrhoische Endocarditis.

Herr L. berichtet zunächst über einen 1879 in Leipzig beobachteten Fall. Es handelte sich um einen 19jährigen Markthelfer, der Frühjahr 1879 an Gonorrhoe erkrankte. Diese dauerte 6 Wochen, später traten Gelenkschwellungen ein. Ende Juli 1879 kam der Kranke zur klinischen Beobachtung in's Krankenhaus. Es fanden sich Zeichen eines schweren Aortenfehlers mit starkem Schwirren, das rechts und links vom Sternum zu hören war. Die Autopsie ergab eine ulceröse Endocarditis der Aortenklappen mit Ausbildung eines kleinapfelgrossen Aneurysmas über denselben.

Der 2. Fall betraf eine 19jährige Verkäuferin mit Fluor und Kolpitis granulosa. Dieselbe erkrankte Ende 1896 mit Gelenkschmerzen. Am 5. II. 1897 mit Schüttelfrost und Schmerzen in der Herzgegend. Salicyl und Chinin waren ohne Erfolg. Bei der Kranken bildeten sich die Zeichen einer Aorteninsufficienz aus, und musste ebenfalls eine gonorrhoische ulceröse Endocarditis der Aortenklappen angenommen werden.

Absolut zweifellos ist der Zusammenhang zwischen Gonorrhoe und Endocarditis ulcerosa in einem 3. Fall, der ein 19jähriges Mädchen betraf, das an starkem Fluor litt. Hier fand sich während der mehrwöchentlichen Beobachtung ein diastolisches Blasegeräusch über der Pulmonalis und wurde klinisch eine ulceröse Endocarditis der Art. pulmonalis angenommen. Die Diagnose war insofern eine gewagte, als Lungeninfarcte nicht beobachtet wurden. Die Kranke kam im Laufe der weiteren Beobachtung nur wenig herunter und hatte meist nur geringe subjective Beschwerden, obwohl sehr häufige Schüttelfröste das anhaltend hohe intermittirende Fieber begleiteten. Ein Versuch mit Pasteur'schem Antistreptococcenserum war begreiflicherweise ohne jeden Erfolg. Eine Zeit lang bestand bei der Kranken eine ungemeine Schmerzhaftigkeit der Kopfhaut; sie äusserte bereits Schmerzen bei leisester Berührung.

Allmählich traten Erscheinungen der Herzschwäche, Ascites, Anasarka ein, und es erfolgte der Exitus letalis.

Bei der Autopsie fanden sich ausserordentlich starke hahnenkammähnliche Wucherungen an der Pulmonalis; an einer Stelle war eine puriforme Schmelzung der Thrombusmassen erfolgt. In dem Eiter fanden sich ausschliesslich intracelluläre Diplococcen, so dass das Präparat von einem solchen mit gonorrhoischem Eiter nicht zu unterscheiden war.

Die bacteriologische Untersuchung hat dann das Vorhandensein von Gonococcen in Reincultur ergeben. Um aber jeden Zweifel auszuschliessen, hielt sich Herr L. für berechtigt, das Experimentum crucis zu machen. Ein hinsiechender Kranker, dessen Ende in kurzer Zeit zu erwarten stand, wurde mit einer Spur der eingeschmolzenen Thrombusmassen der Pulmonalklappen in die Urethra geimpft. Nach 4 Tagen bekam der Kranke eine Gonorrhoe mit typischem bacteriologischen Befund. Nach dieser Beweisführung, die in gleicher Vollkommenheit noch nicht erreicht war, kann kein Zweifel mehr bestehen, dass das ganze schwere Krankheitsbild durch die Gonorrhoe hervorgerufen werden kann, ebensowenig darf an der Möglichkeit eines echten gonorrhoischen Rheumatismus nicht mehr gezweifelt werden. Durch die bisherigen Beobachtungen, die besonders v. Leyden zu danken sind, war der Zusammenhang zwischen Gonorrhoe und maligner Endocarditis in höchstem Maasse wahrscheinlich geworden. Der beste Beweis stand aber noch aus, da der Nachweis von Diplococcen in gefärbten Schnitten unmöglich

als gleichwerthig mit der Reincultur und gelungener Uebertragung der Krankheit erachtet werden kann.

Herr Schottmüller: Schon intra vitam wurde eine bacteriologische Blutuntersuchung gemacht. Platten von Kiefer'schem Agar, die mit Blut geimpft waren, blieben steril. Auch bei der Autopsie liessen sich aus dem Herzblut keine Colonien gewinnen. Von den eingeschmolzenen Thrombusmassen am Herzen selbst gingen aber auf allen Platten Gonococcencolonien an. Ebenso liessen sich aus der Milz Gonococcen isoliren. Auf gewöhnlichem Agar wuchsen die Coccen nicht weiter. Sie entfärbten sich nach Gram. Sowohl morphologisch, als tinctoriell als culturell erwiesen sich die gefundenen Coccen mit Gonococcen identisch.

Herr Lenhartz theilt mit, dass auf dem letzten internationalen Congress in Moskau ein Amerikaner Taylor über den Befund von Gonococcen im Blute berichtet hat.

Herr Fraenkel: An der gonorrhoischen Allgemeininfection des letzten Falles kann man keinen Zweifel hegen. Dagegen sind diese wohl in den anderen Fällen erlaubt, da die Endocarditis auch im Gefolge einer Mischinfection auftreten kann und bacteriologische Untersuchungen nicht angestellt sind.

Herr Schottmüller: An Schnittpräparaten vom Herzen kann man die Diagnose der Gonococcen nicht machen. Es gehört unbedingt das Culturverfahren dazu.

Herr Fraenkel hebt ebenfalls hervor, dass man an Schnittpräparaten nicht die Diagnose des Gonococcenbefundes stellen kann. Bezüglich des Befundes von Gonococcen in der Milz zweifelt Herr Fr., ob diese Colonien auf der Platte gebildet haben, da der ausgestrichene Gewebssaft zu Täuschungen Veranlassung geben kann.

Herr Schottmüller kennt sehr wohl die durch den Gewebssaft bedingten Täuschungen. Es handelte sich aber um sichere Colonien.

Herr Lenhartz freut sich, dass auch Herr Fraenkel an Schnittpräparaten den sicheren Nachweis von Gonococcen nicht für möglich hält. Es kommen auch sonst noch intracellulär gelagerte Coccen vor, über deren Natur man im Zweifel sein kann.

Herr Fraenkel zeigt zum Schlusse noch mikroskopische Präparate mit Dysenterie-Amoeben aus dem Darme einer Katze. Im Leib der Amoebe erkennt man zahlreiche rothe Blutkörperchen.

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 20. November 1897.

Wiener Aerztekammer. — Gegen Meisterkrankencassen. — Aerztliche Atteste. — Der Sanitätsdienst als gesundheitliche Einrichtung. — Ein neues Heilmittel (Peronin).

Die geehrten Leser dieser Wochenschrift werden sich wohl noch erinnern, dass ich vor Monaten mittheilte, dass die Wiener Aerztekammer allen Praktikern einen Bogen zuschickte, auf welchem sie sich mit Ehrenwort verpflichten sollten, bei den zu gründenden Meisterkrankencassen keine fixe Anstellung anzunehmen, vielmehr die Mitglieder dieser Cassen nach einem zu vereinbarenden Tarife zu behandeln. Ungefähr die Hälfte der Aerzte Wiens hat unterschrieben, die andere Hälfte aber nicht. Die letzteren Aerzte sollen nun, wie in der letzten Dienstag abgehaltenen Kammersitzung beschlossen wurde, nochmals aufgefordert werden, ihre ehrenwörtliche Verpflichtung der Kammer einzuschicken, wobei ihnen der 1. Dezember l. J. als Präclusivtermin gesetzt wird. Zugleich wurde aber beschlossen, gegen solche Aerzte, welche trotzdem bei einer Meisterkrankencasse eine definitive, besoldete Stelle annehmen, das ehrenräthliche Verfahren einzuleiten. Es verlautete nämlich, dass thatsächlich drei Meisterkrankencassen schon activirt seien und dass sich 3 Aerzte, welche bisher in der Provinz prakticirten, mit Erfolg um die bezüglichen Cassenarztstellen beworben haben. Es geht eben nichts über die Solidarität der Mitglieder unseres Standes!

Einzelne Zahnärzte Wiens haben ihren Gehilfen, den Zahntechnikern, in letzterer Zeit Zeugnisse ausgestellt, in welchen sie den Technikern einen vollen Befähigungsnachweis für allerlei Operationen im Munde des Patienten ausstellen. Auf Grund dieser ärztlichen Atteste machen die Zahntechniker den Aerzten selbst erfolgreiche Concurrenz. Der Magistrat der Stadt Wien zeigte das der Wiener Aerztekammer an, indem er die Ansicht vertrat, dass die Aerzte zur Ausstellung solcher Atteste gar nicht berechtigt seien. Ueber die Richtigkeit dieser Anschauung liesse sich wohl streiten; es besteht aber für Jedermann kein Zweifel, dass diese Zahnärzte — selbst «hervorragende» nach der magistratlichen Anzeige — sehr im Unrecht sind, derlei zu thun und sich hinterher über — Curpfuscherei Seitens eben dieser Gehilfen zu beschweren. Die Wiener Aerztekammer beschloss, die Aerzte auf die Standesordnung aufmerksam zu machen, welche ein Ausstellen solcher Zeugnisse verbietet, und den Magistrat zu ersuchen, er möge selbst die Aerzte aufmerksam machen, dass solche Zeugnisse zu allerlei Missbräuchen führen. Schliesslich wird der Magistrat gebeten, der Aerztekammer alle zur Kenntniss des Amtes gelangenden diesbezüglichen Fälle anzuzeigen, damit gegen die fehlenden Aerzte vorgegangen werden könne.

Schliesslich fasste die Wiener Aerztekammer den Beschluss, eine Petition dem Ministerium des Innern zu unterbreiten, in welcher gebeten wird, dem Antrage des niederösterreichischen Landesausschusses, das Gesuch Stadelbauer's um Ertheilung der Venia practicandi bei Beinbrüchen etc. befürwortend dem Kaiser zu unterbreiten, nicht Folge zu geben. (Wegen der Details dieser Affaire siehe die vor. Nr.)

In der Gesellschaft für Gesundheitspflege sprach jüngst der k. k. Ministerialrath Dr. E. v. Kusy über den Sanitätsdienst als gesundheitliche Einrichtung. Der ungemein reichhaltige Vortrag wird demnächst in seiner Gänze in der «Monatsschrift» dieses Vereins erscheinen und den Hygienikern aller Länder viel interessantes Material bieten. Mir sei es gestattet, auf Einzelnes hinzuweisen.

Vorerst zählte der Redner eine Reihe von «Culturwerken» auf, durch welche ganze Landgebiete oder grosse Städte dauernd assanirt wurden — so die Narenta-Regulirung in Dalmatien, die Donau-Regulirung bei Wien, die Eröffnung der Wiener Hochquellleitung (1873) u. dgl. m. In dem 15jährigen Zeitraum vor Einleitung der Hochquelle kamen im damaligen Wien durchschnittlich jährlich 700 Sterbefälle an Typhus vor, während der 15 Jahre nach derselben (1874—1888) hingegen starben durchschnittlich nur 169 im Jahre an Typhus. So oft man im Verlaufe der Zeit die alte Ferdinands-Wasserleitung reactivirte oder Wasser des Schwarzaflusses in die Reservoirs leitete, mehrte sich stets die Zahl der Typhuserkrankungen. Unsere Hochquelle schützt uns nicht bloss vor Typhus und Ruhr, sondern auch vor Cholerainvasion in der gefährlichsten Form der Trink- und Nutzwasser-Infection (Cholera-Epidemien in London 1849 und 1854, Hamburg 1892, Galizien und Bukowina 1894).

Eingehend bespricht K. die Typhus-Epidemie in Pola (1896/97), «die erst getilgt werden konnte, als ihre Entstehung durch Infection der damals einzigen Wasserleitung in Pola aus der uralten Carolinenquelle, welche mitten im verseuchten, auf zerklüftetem Karstboden gelagerten Uferterrain der Stadt ein grosses Quellbasin füllt, sichergestellt und diese Wasserbezugsquelle wenigstens für Trink- und Haushaltungszwecke thunlichst ausser Gebrauch gesetzt war.» Die Infection genannter Quelle wurde auch bacteriologisch nachgewiesen. Es kamen in Pola damals (im Civil und Militär) über 1880 Typhusfälle vor, von welchen 137 tödtlich verliefen. Die Zufuhr guten Brunnenwassers bei Sperre des Carolinenwassers waren die wirksamsten Hilfsmittel der vollständigen Epidemietilgung.

Die Anzahl der Krankenhäuser hat sich während der letzten 20 Jahre in Oesterreich ausserordentlich vermehrt (von 484 auf 620, davon fast 200 mit Oeffentlichkeitsrecht), es standen an 40000 Betten, um 14000 mehr als vor 20 Jahren zur Verfügung, dem entsprechend konnten auch doppelt so viel liegende Kranke (380000) behandelt werden.

«Die Spitäler» — sagt v. Kusy — «haben ihren ehemaligen Schrecken verloren, sie sind in Folge der auch dem einfachen Manne imponirenden Fortschritte der Heilkunde eine Zufluchtstätte der Hilflosen, die Heilerfolge und Behandlungsdauer sind günstigere geworden.»

Im Weiteren wird auf die Verallgemeinerung und Vertiefung des sanitären Wissens, der sanitären Bildung hingewiesen (für den hygienischen Unterricht an Lehrer-Bildungsanstalten sind 68 ärztliche Docenten bestellt etc.) und hiebei bedauert, «dass unsere hygienischen Lehrkanzeln und Universitätsinstitute noch nicht mit den zeitgemässen Hilfsmitteln der wissenschaftlichen Lehre und Forschung ausgestattet sind, und dass die Hygiene in den medicinischen Studienplan noch nicht als obligater Gegenstand einfügt werden konnte.»

Schliesslich wird die organische Ausgestaltung des öffentlichen Sanitätsdienstes in Oesterreich eingehendst erörtert. In dem grossen Ringen der Geister in der Culturwelt, in den materiellen Kämpfen des Culturstaates wird nicht mehr bloss der Schulmeister, sondern ganz bestimmt auch die Stufe der sanitären Cultur, auf welche sie sich erhoben haben, also der Hygieniker, ausschlaggebend sein. Der Sanitätsdienst hat also eine eminente Culturmission.

In historischer Entwicklung unseres öffentlichen Sanitätsdienstes seit dem Jahre 1770 gelangt der Rodner auf die heutigen Zustände und erwähnt, dass die Zahl der staatlichen Amtsärzte binnen 20 Jahren (1873—1894) sich verdoppelt, jene der angestellten Gemeindeärzte vervierfacht hat. 1894 besass Oesterreich 8623 Aerzte, von denen 5236 eine Anstellung hatten, hievon 2455 eine Anstellung im staatlichen oder Gemeinde-Sanitätsdienste. Es ist sonach weit mehr als ein Viertel aller Aerzte zur berufsmässigen Besorgung des Sanitätsdienstes verpflichtet.

Die Erfolge konnten nicht ausbleiben: Herabsetzung der Durchschnittsmortalität in Oesterreich (von 32 prom. auf 28,5, es sterben jährlich um 72 000 Menschen (!) weniger als vor 20 Jahren. «Ich glaube, dass diese 72 000 am Leben erhaltenen Mitbürger, die vereint jedes Jahr eine grosse Stadt von der Volkszahl einer mittleren Landeshauptstadt gründen könnten, lebendig genug den Segen demonstriren, der aus der gesetzlichen Organisation des Sanitätsdienstes in Reich und Land mit Hilfe aller anderen sanitären Institutionen und der fortschreitenden allgemeinen sanitären Bildung verwachsen ist.»

Nicht alle neuen Heilmittel sind erfahrungsgemäss auch gute, eine Ausnahme hievon scheint das Peronin (salzsaures Benzylmorphin) zu machen, über welches jüngst im Wiener medicin. Club Dr. Stampfl nach seinen Versuchen auf der III. medicin. Klinik Bericht erstattete. Das Peronin ähnelt in seiner Wirkungsweise dem Codein, ist also ein mildes Narkoticum und Sedativum. Es lindert den Hustenreiz und stillt Schmerzen, wobei letztere freilich keine grosse Intensität (Neubildungen!) aufweisen dürfen. Es hat aber auch allerlei unangenehme «Nebenwirkungen», welche dem Patienten das Mittel oft recht verleiden werden, z. B. ruft es starke Schweissbildung hervor, sodann ein lästiges Kitzel- und Kratzgefühl im Halse, Kopfschmerzen, selten auch Hautjucken etc.

Peronin wurde von Dr. St. in 40 Fällen verabreicht, in wässerigen Lösungen, in Pulver-, Pillen- und Tablettenform, jedoch nicht als subcutane Injection (wegen der geringen Löslichkeit), auch nicht als endolaryngeale Insufflation. Als Einzeldosis wurde 0,02—0,06 einige Male täglich verordnet. Schliesslich sei erwähnt, dass es jetzt noch ziemlich theuer ist. Also immerhin ein Ersatzmittel für Codeïn in leichteren Fällen, mehr aber nicht.

Londoner Briefe.

Wahlen zum General Medical Council. — Typhusepidemie in Maidstone. — Diphtherie in London. — Herzogin von Teck †.

Die Wahl eines Vertreters für das General Medical Council ist jetzt vorüber, und Mr. Victor Horsley, bekannt durch seine Arbeiten auf dem Gebiete der Gehirnchirurgie, ging aus derselben als Sieger hervor. Obwohl jeder in Grossbritannien qualificirte Arzt stimmberechtigt ist, betrug die Gesammtzahl der Wähler nicht mehr als 13 000, die Stimmenmehrheit Horsley's circa 600. Es wurde eine vollständige Wahlcampagne geführt, die stimmberechtigten Aerzte wurden von den medicinischen Gesellschaften sowie von den Wahlcandidaten mit den verschiedensten Ansuchen, Erklärungen etc. beglückt. Die Wahrung der Stellung und Rechte des ärztlichen Standes in England gegenüber der Regierung, Privatgesellschaften, industriellen Genossenschaften etc. ist die Riesenaufgabe, welche dem Medical Council und seinem Repräsentanten im Besonderen obliegt. Man hofft vor Allem von seiner Thätigkeit eine Verbesserung der vom Parlament festgesetzten medical acts, um die Ausübung von ärztlicher Thätigkeit in irgend welcher Form gegen Bezahlung durch andere als registrirte Aerzte strafbar zu machen und um dem in ausgedehnter Weise von Privatleuten und Apothekern betriebenen Curpfuschertum zu steuern. Ferner soll eine einheitliche Ausbildung und Registrirung für alle Hebammen eingeführt werden. Unter der sogenannten persönlichen Freiheit ist es soweit gediehen, dass jede Frau, die sich dazu berufen fühlt, gleichviel welche specielle Ausbildung sie erhalten hat, Geburtshilfe betreiben kann. Die Folge davon ist, dass trotz Einführung von Anti- und Asepsis die relative Zahl von Puerperalfieber hier zugenommen hat, gar nicht zu reden von den groben Kunstfehlern, welche diese sages femmes nur zu oft verbrechen.

Ein Hauptobject des öffentlichen Interesses bietet noch immer die vor 2 Monaten in Maidstone bei London ausgebrochene Typhusepidemie. Als directe Veranlassung wird die Verunreinigung eines grossen Trinkwasserbassins durch in der Nähe campirende Feldarbeiter angesehen. Die Zahl der Erkrankten beträgt bis jetzt über 1800, die Zahl der Todesfälle circa 100. Die leichte Form des Typhus erklärt die geringe Anzahl der Todesfälle, zumal da die Behandlung nicht, modernen Anschauungen entsprechend, in einer systematisch durchgeführten Bäderbehandlung beruht. Verschiedene Fälle wurden mit Serum behandelt, doch ist der definitive Bericht noch nicht erschienen. Die Wasserversorgung liegt in Maidstone wie in allen anderen englischen Städten in den Händen einer Privatgesellschaft, deren Hauptprincip natürlich weniger die Lieferung eines absolut reinen Trinkwassers, als die Erzielung eines möglichst grossen pecuniären Gewinns ist. Selbstverständlich wurden die betreffenden Wasserwerke von der Versorgung der Stadt ausgeschlossen, und es sollen dieselben jetzt einer Desinfection en gros unterworfen werden. Unter Leitung des Dr. Woodhead, Director eines bacteriologischen Institutes in London, sollen 11 Tonnen Chlorkalk mit circa 2 Millionen Liter Wasser gemischt, und die Lösung durch alle Bassins und Röhren des betreffenden Wasserwerkes gespült werden. Allgemein verlangt das Publicum eine strengere Ueberwachung der Trinkwassereinrichtungen durch die Regierung oder Stadtverwaltungen.

Trotz der grossen Auslagen für sanitäre Verbesserungen in London, hat die Zahl der Diphtheriefälle in den letzten Jahren constant zugenommen, ohne dass es möglich gewesen wäre, an maassgebender Stelle eine passende Erklärung für dieses stetige Anwachsen zu finden. Eine ähnliche Zunahme, jedoch geringeren Grades, wurde auch auf dem Lande beobachtet. In den letzten 10 Jahren stiegen die Sterbeziffern an Diphtherie auf dem Lande von 0,27 auf 0,38; während des gleichen Zeitraumes in London von 0,4 auf 0,6 per Tausend Todesfälle. Die Krankheit verläuft hier 5 mal häufiger tödtlich als Scharlach, obgleich die Mortalität durch die Serumbehandlung beträchtlich herabgesetzt worden ist. Diese Zunahme der Diphterie erstreckt sich ziemlich gleichmässig über ganz London, ohne gewisse Stadtbezirke im Osten mit anerkannt schlechten sanitären Verhältnissen wesentlich zu bevorzugen.

Die vor Kurzem verstorbene Herzogin von Teck war wegen des regen und thätigen Interesses, welches sie allen Hospitalsangelegenheiten und Wohlthätigkeitsanstalten entgegenbrachte, wie überall so auch in ärztlichen Kreisen sehr beliebt. Am Vorabende ihres Todes zeigte sie ziemlich plötzlich drohende Symptome einer incarcerirten Nabelhernie, wegen deren sie sich bereits in diesem Frühjahre einer Operation unterzogen hatte. Die Einklemmung wurde auf operativem Wege gehoben, doch starb die Patientin circa 2 Stunden später an Herzschwäche.

XI. französischer Chirurgencongress zu Paris

vom 18.—23. October 1897.

III.

Schwartz-Paris berichtete über einen Fall von Narkosenlähmung bei einem 46 jährigen Neurastheniker, der beim Aufwachen aus der Chloroformnarkose über Ameisenkriechen in der Hand (besonders Daumenseite) klagte, die er nicht bewegen konnte; am nächsten Tage constatirte man Paralyse des langen Daumenbeugers und auch bald ausgesprochene Lähmung des Triceps cruralis, die unter Massage und Elektricität allmählich verschwanden. Sch. sieht den Fall als functionelle centrale Lähmung an und verweist auf den Fall von Büdinger, in dem umschriebene Erweichung der Hirnrinde gefunden wurde, im Gegensatz zu den wahren traumatischen Paralysen durch Compression oder Zerrung der Nerven. Chipault beobachtete auch einen Fall von Hemiplegie nach Nar-

kose und fand bei der Obduction des nach einiger Zeit gestorbenen Patienten Blutung in den Ventrikel. Reboul sah einen Fall von Hemiplegie nach hohem Blasenschnitt. J. Reverdin-Genf besprach im Anschluss an einen Fall von cirsoidem Aneurysma der Augenbrauengegend speciell die Aetiologie dieser Neubildung, die sich auf eine Thrombose in Folge Arteriitis, wahrscheinlich im Anschluss an eine infectiöse Gastroenteritis, zurückführen liess. E. Lebrun-Namur verbreitete sich über die chirurgische Behandlung der Little'schen Krankheit (spastischen Muskelstarre besonders der unteren Extremitäten); da bei dieser Erkrankung in Folge fibrotendinöser Retraction der befallenen Muskeln die nicht contracturirten Muskeln in mangelhafte functionelle Bedingungen versetzt werden, wodurch Gehen und Stehen sehr erschwert sind, so richtet er sein Augenmerk auf Durchtrennung der contracten Muskeln resp. deren Sehnen und methodische Erziehung (Massage, passive Bewegungen) der Muskeln, wodurch er meist progressive Besserung der Motilität erzielte. Chipault besprach die Behandlung des Mal perforant mit Nervenelongation (14 Fälle behandelt, 12 Erfolge), 9 mal wurde der Nerv. plant. cut. ext., 1 mal der Plantaris int. allein, 1 mal der Int. collat. und 3 mal der Saphenus ext. durchtrennt und die Geschwürsstelle abgeschabt. Demons empfahl die transversale Incision zur Arthrotomie bei veralteten Schulterluxationen und zwar durchtrennt er nicht das Acromion (wie bei der Methode von Neudörfer, Severanue und Duplay), sondern führt von der Höhe des Acromion oder noch etwas weiter nach hinten den Schnitt bis zum Processus coracoideus.

Bauby sprach über die Exarticulation der Hüfte mit der haemostatischen Methode nach J. Wyeth (Einführung von zwei Spiessen an der obersten Wurzel des Schenkels, die als Halt für den Constrictionsschlauch dienen). Le Dentu sieht keinen Grund, von der vorgängigen Unterbindung der Gefässe abzugehen.

P. Coudray-Paris besprach die Endresultate der Lannelongue'schen sklerogenen Methode nach Erfahrungen an 100 Gelenken, die besonders für die grossen Gelenke Erfolge zu verzeichnen hat, z. B. von 18 nicht eitrigen Gonitiden wurde bei 9 ausschliesslich dadurch Heilung erzielt, 8 waren nebenbei noch mit Ausschabung oder Arthrectomie behandelt worden, 1 mal musste Resection gemacht werden. 7 Fälle von eitriger Gonitis wurden von 10 Fällen nach part. Arthrectomie und Evidement geheilt. Poncet sprach über deformirende tuberculöse Polyarthritis oder Pseudorheumatismus chron. deform., d. h. eine besondere Art der tuberculösen Gelenkerkrankung, die mit progressiver Deformirung, beträchtlicher Gelenkschwellung ohne Abscesse, meist beträchtlicher Ausdehnung der Kapsel, leichtem Knarren und Reiben einhergeht. Ménard-Berck-sur mer besprach die Tuberculose juxta coxale. Kummer-Genf berichtete über experimentelle Untersuchungen betreffs des Entstehens von Talusfracturen, die er mit Bastian unternahm, Reboul berichtete über einen Fall von Durchtrennung des N. poplit. int. durch einen Nahschuss, der wegen Ausbruch des Tetanus erst nach 5 Monaten genäht werden konnte, wonach im Verlauf von 3 Monaten vollständiger functioneller Erfolg erzielt wurde. Albertin-Lyon besprach die rachitische Verkrümmung der unteren Gliedmassen und die Osteoklasie und Osteotomie hiebei, er ist im Allgemeinen für die Verkrümmungen der Unterschenkelknochen mehr für die Osteotomie, für die rachitischen Oberschenkelverkrümmungen mehr für die Osteoklasie. Redard besprach die Correction der fehlerhaften Stellung und Verkürzung nach Coxitis.

Terrier-Paris behandelte die totale und partiale Hysterectomie und glaubt, dass Hysterect. supravaginalis, wenn sie auszuführen ist, als rascher ausführbar vorzuziehen ist. Péan, Tournay, Doyen u. A. betheiligten sich an der Discussion. Schwartz berichtete über eine Uretercystoneostomie im unmittelbaren Anschluss an eine Ureterdurchtrennung bei abdomineller Uterusexstirpation, Délagénière (du Mans) über abdominelle Castration zur Ermöglichung leichter Exstirpation der papillären Cysten der Lig. lata. — Boilly besprach spec. die Prognose der papillären Ovarialcystome. Auch die Beziehungen der Appendicitis zu Adnexaffectionen wurden von Délagénière besprochen, der der Ansicht ist, dass erstere häufig bei Frauen verkannt wird, da die Erscheinungen der Salpingitis prädominiren; in solchen combinirten Fällen empfiehlt sich nach D. die Radicaloperation zugleich für die beiden Erkrankungen, selbstverständlich auf abdominellem Wege. Schr.

(Nach Semaine méd.)

Aus den englischen medicinischen Gesellschaften.

Obstetrical Society of London.

Sitzung vom 3. November 1897.

Operative Behandlung der Uterusmyome.

Bland Sutton berichtet über 28 Fälle von Hysterectomia abdominalis mit 2 Todesfällen und entwickelt seine Ansicht dahin, dass die Fortschritte in der Technik die Anwendung dieser Operation für alle Fälle von Uterusmyomen, die sich als zu gross für die vaginale Myomectomie erweisen, nicht nur rechtfertigen, sondern dass auch eine möglichst frühzeitige Entfernung der Myome, wie sie für die Ovarialtumoren verlangt wird, angezeigt sei. In 14 seiner Fälle, in denjenigen, welche noch menstruirten, hatte er den Uterus mit den Myomen entfernt und eines oder beide Ovarien und Tuben zurückgelassen; er behauptet, dass dadurch der Eintritt der acuten Menopause mit seinen unangenehmen Folgezuständen vermieden werde.

Alban Doran wendet sich zunächst gegen die Operation solcher Myome, die keine gefahrdrohenden Symptome bieten. Der Vergleich mit den Ovarialtumoren sei ein unpassender, da eine grosse Anzahl der Myome stationär bleiben und ungefährlicher Natur seien. Er hält die retroperitoneale Operationsmethode für die beste und spricht sich gegen die Erhaltung der Uterusanhänge aus.

Playfair vertritt gegenüber den jetzt herrschenden Anschauungen und unter lebhaftem Widerspruch seinen Standpunkt, dass die Oophorectomie nicht nur die einfachste, sondern auch die sicherste und die geringste Mortalitätsziffer aufweisende Operation zur Behandlung der Fibromyome sei. Die extraperitoneale Methode verwirft er gänzlich.

William Duncan, Griffith und Andere betonten die Vorzüge der Laparotomie vor der Operation per vaginam. Die von Meredith empfohlene sogenannte Panhysterektomie, die Anwendung des Serre-noeud werden von Cullingworth, Heywood Smith und der Mehrzahl der an der Discussion Theilnehmenden verworfen. Für die von Sutton befürwortete gänzliche oder theilweise Erhaltung der Ovarien sprechen Cullingworth, Butler Smythe, Duncan und Horrocks. Die Mortalitätsziffern der einzelnen Operationen betragen für die Sutton'schen Fälle 7—8 Proc., für die Playfair'sche Oophorectomie 5 Proc., bei Anwendung des Serre-noeud nach Meredith 8 Proc., bei der intraperitonealen Methode 3 Proc.

Buttler Smythe erwähnt zum Schlusse, dass von 20 Fällen von Uterusmyom vielleicht einer die Operation erfordere. Das Resultat der Discussion lässt sich dahin zusammenfassen, dass die Laparotomie mit Entfernung des Uterus als die beste Operationsmethode bei Uterusmyomen anzusehen, ihre Anwendung aber nur selten nöthig ist. Ein Zurücklassen der Adnexa ist für manche Fälle von Vortheil. F. L.

VIII. Italienischer Congress für innere Medicin,

abgehalten in Neapel vom 20.—24. October 1897.

Ueber die Herzneurosen.

Silva-Pavia zieht nach einleitenden Worten über die Anatomie der Herznerven und deren Entwickelung nach dem Alter vor Allem die Tachycardie und die Bradycardie in Betracht. Erstere ist eine Krankheit des Erwachsenen (zwischen 19 und 52 Jahren) und entwickelt sich hauptsächlich bei Leuten, welche lebhafte Erregungen durchzumachen oder besonders angestrengt körperlich oder geistig zu arbeiten haben. In der Mehrzahl der Fälle ist mit der Tachycardie keine anatomische Veränderung des Herzens verbunden. Die Anfälle kommen theils plötzlich, theils durch Vorboten angekündigt, welche in Schwindelgefühl, Ohrensausen, Würgen im Halse u. s. w. bestehen; die Herzschläge sind beträchtlich vermehrt und können bis 190, 250, selbst 300 steigen. Der Puls ist sehr schwach, die arterielle Spannung bedeutend vermindert, zuweilen aber auch normal, in den schwersten Fällen ergänzen noch Blässe des Gesichtes, Ohnmachtsanfälle, Delirien, Schlaflosigkeit — Alles Folgen der verminderten arteriellen Spannung — das Symptomenbild der Tachycardie; dazu kommen meist noch Oligurie und alle klinischen Zeichen der Herzinsufficienz, wie passive Lungencongestion, Dyspnoe, Oedeme u. s. w., in den Fällen, wo die Anfälle über 48 Stunden währen. Dieselben können Wochen, Monate, selbst Jahre aussetzen, mit ihrer Zunahme verschlimmert sich das Leiden und endlich kann der Kranke einem Anfalle von Asystolie erliegen. Der Anfall selbst endet meist plötzlich mit Polyurie und reichlicher Schweissabsonderung, manchmal zeigen Verstärkung und Verlangsamung der Herzschläge das Ende des Anfalls an. In den anfallsfreien Zeiten erfreuen sich die mit Tachycardie Behafteten völliger Gesundheit, der Verlauf der Krankheit ist aber meist ein fortschreitender, das Herz wird zuerst hypertrophisch, dann degenerirt es. Von den zahlreichen Theorien, welche die Pathogenese der Tachycardie erklären, scheint Silva diejenige am besten begründet, welche als primäre Ursache eine Reizung des Sympathicus und vorübergehende Neurose des Nervus vagus, der dadurch in seiner hemmenden Wirkung gelähmt wird, ansieht.

Die Bradycardie, d. h. die anfallsweise auftretende Verlangsamung der Herzthätigkeit, wird besonders bei älteren Leuten beobachtet; plötzlich stellt sich allgemeines Unbehagen ein, begleitet mit Schwindelgefühl, Ohrensausen, Abgeschlagenheit, in anderen Fällen beginnt der Anfall mit wirklicher Ohnmacht, der Puls geht meist auf ca. 20, in seltenen Fällen bis auf 7 Schläge herab. Der Anfall kann mehrere Minuten dauern, darnach fühlt sich der Patient meist ganz wohl, nur zuweilen bleiben Kopfschmerzen, Athem- und Verdauungsbeschwerden zurück. Die Bradycardie dauert Jahre lang, im Mittel 3½ Jahre, aber auch bis zu 15 Jahre. Die Diagnose derselben ist leicht zu stellen, ausser wenn Erkrankungen des Centralnervensystems (Arteriosklerose des Gehirns, Tumor desselben) vorhanden sind, mit denen häufig verlangsamter Puls verbunden ist. Was die Pathogenese betrifft, so scheint die Bradycardie einerseits durch centrale Vagus-Schädigungen, andererseits durch Veränderungen des Myocards, aber auch durch Arteriosklerose zu entstehen. Bezüglich der Behandlung ergeben

sich für die Herzneurosen dieselben Regeln wie für die übrigen Neurosen: Hydro- und Elektrotherapie, Massage und klimatische Curen. Schliesslich hebt S. noch hervor, dass auch bei diesen Neurosen das Myocard allmählich in Mitleidenschaft gezogen wird, da der Vagus der trophische Nerv für die Herzmusculatur, wie jetzt nicht mehr zu bezweifeln, ist.

Gay-Pinerolo macht auf die zugleich aetiologische und diagnostische Bedeutung von Kaffee-, Thee-, Tabakgenuss u. s. w. aufmerksam, er fand die Tachycardie häufig auch bei Feldarbeitern, also nicht bloss bei wohlhabenden Leuten. Therapeutisch empfiehlt er ausser Unterdrückung der genannten Schädlichkeiten Milchdiät und lange fortgesetzten Gebrauch von Strychnin, abwechselnd mit Nitroglycerin.

Fazio-Neapel hält die von Debove aufgestellte Theorie, dass es sich bei der Tachycardie um eine bulbäre Neurose handle, für die wahrscheinlichste.

Pavone-Torchiara hat sowohl Tachy- wie Bradycardie häufig bei Kindern beobachtet; bei gewissen Kinderkrankheiten, besonders dem Sklerem der Neugeborenen, sah er die Herzschläge bis auf zehn herabgehen, ganz aufhören und dann wieder sich einstellen, bis der Tod eintrat.

Die Röntgenphotographie zur Untersuchung der Brustorgane.

Maragliano-Genua hat eine Reihe von Untersuchungen angestellt, welche im Allgemeinen die Angaben von Bouchard-Paris bestätigen, dass die Röntgenphotographie wohl brauchbar ist, um einzelne Erkrankungen speciell der Lungen zu erkennen, für sich allein aber nicht immer differentialdiagnostisch zu verwerthen ist. M. gibt genau an, wie sich die verschiedenen normalen Lungenpartien den Röntgenstrahlen gegenüber verhalten, ebenso Zwerchfell und Herz, über welch' letzteres die Röntgenphotographie gar manche physiologisch wichtige Aufschlüsse gibt, so z. B. nimmt die dunkle Herzzone bei jeder inspiratorischen Bewegung im Querdurchmesser ab, um sich zu verlängern und zwar letzteres bloss im unteren Theile des Organs, während der obere sich nicht verändert. Die dunklen Stellen der Lungen rühren her von Infiltrationen oder Exsudaten in das Lungengewebe oder von Pleuraergüssen oder auch von Verdickungen des Rippenfells, so dass, wie oben erwähnt, die Radioskopie hier nicht allein zur Diagnose genügt. Gewisse Unterschiede in der Form, Lage und Intensität der undurchsichtigen Stellen erlauben jedoch bei einiger Uebung eine ziemlich genaue Unterscheidung. Erweiterungen der in den Brustraum eingeschlossenen Gefässe, ebensowie deren abnorme Lage, kann man mit den Röntgenstrahlen erkennen und bei vorhandenen Aneurysmen die Pulsationen genau beobachten.

Bozzolo wurde in einem Falle durch die Radiographie insofern getäuscht, als die zwei unteren Drittel der linken Lunge dunkel erschienen und ein Empyem angenommen wurde, während es sich in Wirklichkeit um eine Caverne mit ringsum infiltrirtem Gewebe handelte.

Queirolo-Pisa berichtet hingegen von zwei Fällen, wo vermittels der Radiographie zwei an dem convexen Theile der Lungen gelegene Neubildungen constatirt werden konnten.

Baccelli-Rom sieht in den Thatsachen, welche Maragliano bezüglich der Physiologie des Herzens durch die Röntgenbilder gefunden hat, eine Bestätigung der Theorie, welche er nun seit 35 Jahren über die Herzthätigkeit vertheidigt hat und von den älteren italienischen Forschern (Lancisi, Morgagni, Valsalva, Albertini) mit dem Namen «Renixus» bezeichnet wurde; B. vermag diesen Ausdruck in keine der lebenden Sprachen zu übersetzen und kann ihn bloss mit einer längeren Umschreibung erklären, welcher sich eine sehr eingehende Definition dieser «italienischen Theorie» anschliesst, die aber inzwischen auch von deutschen und französischen Forschern anerkannt wurde.

Cozzolino-Neapel bemerkt, dass die Radiographie ihm grosse Dienste zur Diagnose der Luft- und Speiseröhrenerkrankungen geleistet habe. (Schluss folgt.)

Verschiedenes.

Therapeutische Notizen.

Zur Behandlung der Uraemie. Lemoine wendet schon seit einer Reihe von Jahren mit vielem Erfolg in schweren Fällen von Uraemie und uraemischer Dyspnoe Aether in hohen Dosen an; derselbe habe den doppelten Vortheil, sehr energisch anregend auf das Nervensystem einzuwirken und zugleich ein mächtiges Diuretikum zu sein, welch' letztere Eigenschaft noch viel zu wenig bekannt sei. L. gibt in den erwähnten Fällen stündlich 2 ccm Aether Tag und Nacht hindurch, ausserdem abwechselnd noch stündlich 1 Kaffeelöffel des Mittels innerlich; können die Kranken die Injectionen wegen ihrer Schmerzhaftigkeit absolut nicht vertragen, so muss man sich auf die innerliche Darreichung beschränken: ½stündlich einen Esslöffel voll in Zuckerwasser und, wenn nöthig, noch grössere Gaben. Die Athmung wird bei dieser Behandlungsart leichter, das Gefühl der Erstickung schwindet und sogar Schlaf kann eintreten; die Diurese nimmt zu und zwar manchmal sehr energisch. Mehrere Tage muss diese Therapie fortgesetzt werden. Ist die Dyspnoe geschwunden, so kann der Aether in grösseren Zwischenräumen gegeben, aber damit erst dann aufgehört werden, wenn die genügende Diurese sich eingestellt hat. Bei einigen der behandelten Fälle gab diese Behandlung, welche am günstigsten bei interstitieller Nephritis wirkt, gelegentlich mehrerer Anfälle den gewünschten Erfolg. (La Presse médicale No. 84, 1897.) St.

Urticaria. Gaucher empfiehlt zur Behandlung der Urticaria zum Zwecke der Beseitigung des lästigen Juckens der Quaddeln die Anwendung einer Waschung oder eines Spray's folgender Lösung:

Rp.: Menthol 5,0
Chloroform
Aether sulf.
Spirit camphorat aa 15,0.

Die benetzten Stellen sollen alsdann mit gewöhnlichem Reispuder oder Zinkoxyd eingepudert werden. F. L.

Menthol bei Hautaffectionen. Zur Behandlung von Hautcontusionen empfiehlt Ramé die Anwendung von 10–20 Proc. Mentholcollodium ein bis zweimal täglich, wodurch sowohl der Schmerz sehr bald gelindert, als durch den Druck des Collodiums die Resorption befördert wird. Bei gesprungenen Händen ist nach Steffen eine Salbe von folgender Zusammensetzung sehr empfehlenswerth. Rp: Menthol 0,5, Salol und Ol. olivar. aa 1,0, Lanolin ad 50,0. F. L.

Chloasma und Epheliden. Folgende kosmetische Vorschrift zur Beseitigung der besonders von dem schönen Geschlecht so unangenehm empfundenen Leberflecken und Sommersprossen wird vom New-York med. J. empfohlen: Man vermenge eine Lösung von

Hydrargyr. corrosiv. 0,05 und
Sacch. alb. 20,0

mit dem Weissen eines Eies, füge dazu circa 30 g Citronensaft und ergänze mit Wasser bis zu einem Volumen von 300 g. Diese Mischung ist jeden Morgen aufzulegen und antrocknen zu lassen.

Eine andere diesbezügliche Vorschrift findet sich im Centralblatt für die gesammte Therapie:

Rp. Chloral. hydrat. 10,0
Acid. carbol.
Tinct. Jodi aa 5,0.

NB. Mittels einer weichen Bürste aufzutragen. F. L.

Kryofin, ein neues Antipyreticum und Antineuralgicum. Das Kryofin ist ein methylglykolsaures p-Phenetidin, krystallisirt in weissen Nadeln, ist fast geschmacklos, in heissem Wasser leicht, in kaltem schwer löslich. Die von Schreiber auf der Ebstein'schen medicinischen Universitätsklinik in Göttingen angestellte Prüfung des Präparates ergab eine prompt eintretende, temperaturherabsetzende Wirkung bis zur Norm innerhalb 2—3 Stunden. Auch als Antineuralgicum hat sich das Kryofin bewährt. Nebenwirkungen schädlicher Art sind bei der gewöhnlichen Dosis 0,5—1,0, pro die 2,0, nicht beobachtet worden. Die Diurese wird nicht beeinflusst, im Harn erscheint es bereits nach 15—20 Minuten, nach sechs Stunden ist es vollständig ausgeschieden. Eine Weiterprüfung des Mittels wird empfohlen. — (Therapeut. Beilage der Deutschen med. Wochenschr.) F. L.

Die Wundbehandlung mit Menthoxal, Camphoroxal und Naphthoxal. Die genannten Mittel stellen eine Mischung von Menthol 1 Proc., Kampher 1 Proc., Naphthol 2 Proc. mit Alkohol und einer 3 proc. Wasserstoffsuperoxydlösung dar mit sehr ausgeprägt desinficirender Wirkung. An dem Charité-Krankenhause in Berlin an einem grossen Materiale angestellte Versuche mit einer 10 proc., jedes Mal frisch dargestellten Lösung ergaben nach Wagner sehr befriedigende Resultate. Besonders günstigen Einfluss üben dieselben auf die Granulationsbildung, ein weiterer bemerkenswerther und gegenüber den alten Desinfectionsmitteln nicht zu unterschätzender Vorzug derselben besteht in ihren stark desodorisirenden Eigenschaften unter Verbreitung eines angenehm erfrischenden Geruches. Ihre Anwendung ist vollkommen unschädlich. Ein Unterschied in der Heilwirkung oder besonderer Vorzug des einen oder anderen Oxals konnte nicht constatirt werden. — (Therapeut. Beilage der Deutschen med. Wochenschr.) F. L.

Eigenschaften und Indicationen des Urotropins. L. Casper-Berlin präcisirt die von Nicolaier behauptete harnconcrementlösende Wirkung des Urotropins dahin, dass die Harnsäure durch dasselbe gar nicht beeinflusst wird, während das Urotropin bei der Phosphaturie dagegen in der That eine eclatante Wirkung ausübt. Kleine Dosen von 1—2—4 g pro die bringen oft Jahre lang bestehende Phosphatausscheidung zum Schwinden, oft für immer. Weiter bestätigen seine Versuche die bacterientödtende Wirkung des Mittels, eine Wirkung, die auf einer Abspaltung von Formaldehyd beruht. C. empfiehlt das Urotropin in Folge dessen angelegentlich bei allen Fällen leichterer und schwerer Cystitis, namentlich bei den Fällen langjähriger Blasen- und Nierenbeckeneiterung, meist älterer Leute, für die der Name Harnvergiftung am Platze ist, sowie ferner zur Vorbereitung bei Operationen, wie Sectio alta, Litholapaxie, Urethrotomie u. s. w.,

um den Harn aseptisch zu machen. — (Therapeut. Beilage der Deutschen med. Wochenschr.) F. L.

Die von Ehrlich aufgestellte Werthbemessung des Diphtherieheilserums wird von Lohnstein einer scharfen Kritik unterzogen (Ther. Mon.-Hefte, 9, 97). Aus seiner Beweisführung, deren Einzelheiten hier nicht wiederzugeben sind, folgert L., dass bei der grossen Veränderlichkeit der Virulenz der Diphtherietoxine ein constantes Testgift bisher noch nicht vorhanden ist; in Folge dessen gibt es zur Zeit auch noch keine Grundeinheit für das Diphtherieheilserum. Man kann also nicht sagen, dass das Diphtherieheilserum gegenwärtig ebenso genau dosirt werden könne, wie nur irgend ein organisches Medicament. Kr.

Zur Abortivbehandlung der Influenza empfiehlt Freudenthal-Peine angelegentlich das Kalomel (Therap. Mon.-Hefte, 10, 97). Eine Wirkung ist nur innerhalb der ersten 3 Tage zu erwarten. Die Dosis wird je nach Geschlecht und Alter bemessen: bei Männern 2mal 0,1, bei Frauen 3mal 0,05, bei Kindern so viel Centigramme wie Zahl der Jahre. Kr.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 23. November. Der Gesetzentwurf über die ärztlichen Ehrengerichte soll, Berliner Blättern zufolge, von der Medicinalabtheilung des preuss. Kultusministeriums einer neuen Durcharbeitung unterworfen werden und es sollen die von dem Ausschuss der Aerztekammern kundgegebenen Wünsche dabei eine weitgehende Berücksichtigung finden.

— In Berlin hat sich auf Anregung des Geh.-Rathes v. Bergmann, des Vorsitzenden der neu gegründeten Berliner Rettungsgesellschaft, ein «Verein der Aerzte der Rettungsgesellschaft» gebildet, welcher alle Aerzte umfasst, die ihre Dienste der Rettungsgesellschaft zur Verfügung stellen. In den Ausschuss wurden die Herren Hahn, König, Alexander, G. Meyer und Munter gewählt.

— Zur freien Arztwahl in München bringt die «Medicinische Reform» in No. 47 einen Artikel, der auf die Commission des ärztlichen Bezirksvereins München, welche mit der Ortskrankencasse III für das kaufmännische Personal wegen Einführung der freien Arztwahl in Verhandlung steht, ein schiefes Licht zu werfen geeignet ist. Es ist richtig, dass die Commission daran festhält, dem ärztlichen Bezirksverein als der berufenen Standesvertretung einen maassgebenden Einfluss auf die Gestaltung der freien Arztwahl in München jetzt und auch in der Zukunft zu wahren. Allein sie wird, nach unserer Information, dem Plenum des Vereins einen Modus vorschlagen, der bei voller Wahrung dieses Rechtes es allen Aerzten, also auch solchen, die nicht Mitglieder des Bezirksvereins sind, ermöglicht, Cassenpraxis bei der Ortskrankencasse III zu treiben. Dass die letzteren aber wenigstens die Voraussetzungen erfüllen müssen, von welchen nach § 12 der Allerh. Verordnung vom 9. Juli 1895 die Aufnahme in einen Bezirksverein abhängig ist, ist ein Gebot der Selbstachtung und eine so selbstverständliche Forderung, dass wohl auch die «Medicinische Reform» dagegen keine Einwendung zu machen haben wird. Die Befürchtung der «Med. Reform», es möchte das Zustandekommen der freien Arztwahl in München an der Bedingung, dass nur Mitglieder des Bezirksvereins zu der zu bildenden Vereinigung zugelassen werden sollten, zum Scheitern gebracht werden, entspricht somit in keiner Weise der derzeitigen Sachlage und der Artikel des genannten Blattes lehrt nur das Eine, wie vorsichtig man mit voreiligen Mittheilungen über noch schwebende Verhandlungen sein sollte.

— In Davos wird die Gründung einer Deutschen Heilstätte für minder bemittelte Lungenkranke beabsichtigt. Es hat sich zu diesem Zwecke ein Comité gebildet, das einen Aufruf zur Beschaffung der hierzu nöthigen Mittel — eine nicht unerhebliche Summe ist bereits aufgebracht — erlässt. Geplant wird ein etwa 50 Betten umfassendes Sanatorium, das an Baukosten mindestens 300,000 Mk. erfordern würde. Wir wünschen dem schönen Unternehmen den besten Erfolg und die regste Förderung seitens der deutschen Aerzte.

— Am 26. October erfolgte in Petersburg die Einweihung des zum Andenken an den grossen Chirurgen Pirogow errichteten anatomisch-chirurgischen Museums. Der Bau des Museums hat 85 000 Rbl. gekostet. Der grosse, mit dem lebensgrossen Portrait Pirogow's geschmückte Saal ist für die Sitzungen medicinischer Vereine bestimmt, im 2. Saale ist das Museum untergebracht und in einem 3. kleineren Saale können ebenfalls Sitzungen abgehalten werden.

—Wie der «Wratsch» mittheilt, hat der bekannte Moskauer Pädiater, Prof. N. Filatow, sein Amt als Director des Chludow'schen Kinderhospitals niedergelegt, und zwar in Folge von erheblichen Differenzen mit der Administration des genannten Hospitals.

— Vor einigen Jahren hat die Pariser Universität Maassregeln eingeführt, welche eine Erschwerung der Immatriculation ausländischer Studirender bei der Pariser medicinischen Facultät bezweckten. Diese Maassregeln sind nunmehr mit Beginn des neuen Schuljahres wieder rückgängig gemacht worden.

— Zu der Mittheilung über einen «Fremdkörper am Penis» von Dr. Jüngst in No. 39 d. W. schreibt Dr. Assmus aus Düsseldorf dem Verfasser unter'm 26. v. Mts.: «Vielleicht interessirt es Sie, zu erfahren, dass genau derselbe Fall von Fremdkörper am Penis, wie Sie ihn in der M. m. W. No. 39 beschreiben, vor ca. 9 Jahren in der Trendelenburg'schen Klinik in Bonn beobachtet wurde. Damals gelang es dem Mechaniker Eschbaum erst nach $\frac{1}{2}$stündigem Sägen mit der Stahlsäge, die Mutter in zwei Stücke zu zerlegen. Die Schraubenmutter wird in der Sammlung der Klinik aufgehoben».

— In der 44. Jahreswoche, vom 31. Oct. bis 6. Nov. 1897, hatten von deutschen Städten über 40 000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Ludwigshafen mit 5,0, die geringste Sterblichkeit Frankfurt o. O. mit 29,3 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Frankfurt a. O.; an Diphtherie und Croup in Frankfurt a. O., Karlsruhe und Königshütte.

(Universitätsnachrichten.) **Berlin.** Geh. Rath Tobold feierte am 22 ds. seinen 70. Geburtstag. — **Greifswald.** Dem Privatdocenten Dr. Egon Hoffmann (Otologie und Chirurgie) wurde das Prädikat Professor beigelegt. — **Rostock.** Als Nachfolger von Professor Berlin ist der Privatdocent Dr. Axenfeld in Breslau, ein Schüler von Uhthoff, zum Ordinarius für Ophthalmologie und Director der Augenklinik berufen worden. — **Tübingen.** Assistenzarzt Dr. F. Henke hat sich für pathologische Anatomie, Assistenzarzt Dr. H. Küttner für Chirurgie habilitirt.

Warschau. Zum Professor der gerichtlichen Medicin an der Universität ist der Prosector am Ujasdow'schen Hospital in Warschau, Dr. Alex. Grigorjew ernannt worden. — **Wien.** Privatdocent Dr. Fuchs, Assistent am physiolog. Institut, wurde zum a. o. Professor ernannt. Privatdocent Dr. Rille wurde als Nachfolger Professor Hebra's zum Vorstand der dermatologischen Abtheilung an der Wiener Poliklinik ernannt.

(Todesfälle). Der Directer der Landirrenanstalt Eberswalde bei Berlin, Geh. Med.-Rath Dr. August Zinn, ist am 17. ds. nach längerem Leiden, 73 Jahre alt, gestorben. Ein schwerer und unersetzlicher Verlust für die deutsche Psychiatrie. Wir werden der Bedeutung des Verstorbenen in einem besonderen Nekrologe gerecht werden.

In Göttingen starb am 12. ds. Prof Victor Hüter, seit 1858 Privatdocent der Gynäkologie in Marburg.

In Christiania starb am 14. ds. Professor Joachim Voss, bis 1875 dort Professor der Anatomie und gerichtlichen Medicin.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassung. Dr. Georg Tarrasch, approb. 1889 in Ebnath, B.-A. Kemnath.

Verzogen. Dr. Mennicke von Ebnath (Kemnath) unbekannt wohin.

Gestorben. Dr. Anton Eisenreich, 69 Jahre alt, in Simbach bei Landau.

Briefkasten.

Dr. W., Schwäb. Gmünd. Die in der Wochenschrift verzeichneten Inauguraldissertationen erhalten Sie am bequemsten durch Vermittlung einer Buchhandlung. J. F. Lehmann's med. Buchhandlung hier, Landwehrstrasse 31, die dazu häufig in Anspruch genommen wird, ist zur Besorgung gerne bereit.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 45. **Jahreswoche** vom 7. November bis 13. November 1897.

Betheil. Aerzte 410. — Brechdurchfall 11 (15*), Diphtherie, Croup 40 (40), Erysipelas 10 (6), Intermittens, Neuralgia interm. 3 (1), Kindbettfieber 1 (2), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 254 (183), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 4 (3), Parotitis epidemica 1 (6), Pneumonia crouposa 19 (16), Pyaemie, Septicaemie — (1), Rheumatismus art. ac. 19 (22), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 16 (14), Tussis convulsiva 25 (19), Typhus abdominalis 3 (2), Varicellen 39 (12), Variola, Variolois — (—). Summa 445 (342). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 45. Jahreswoche vom 7. November bis 13. November 1897.

Bevölkerungszahl: 418 000.

Todesursachen: Masern 6 (4*), Scharlach — (—), Diphtherie und Croup 5 (6), Rothlauf — (—), Kindbettfieber — (2), Blutvergiftung (Pyaemie) — (—), Brechdurchfall 3 (1), Unterleibstyphus — (—), Keuchhusten 1 (1), Croupöse Lungenentzündung 2 (—), Tuberculose a) der Lungen 24 (23), b) der übrigen Organe 7 (3), Acuter Gelenkrheumatismus 1 (1), andere übertragbare Krankheiten 1 (1) Unglücksfälle 2 (1), Selbstmord 1 (3), Tod durch fremde Hand — (—)

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 202 (202), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im allgemeinen 25,1 (25,1), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 15,5 (15,5), für die über dem 5. Lebensjahr stehende 13,8 (14,4).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in München.